# EQÜIDADE E SAÚDE
## Contribuições da Epidemiologia

Organizadores:
Rita Barradas Barata
Maurício Lima Barreto
Naomar de Almeida Filho
Renato Peixoto Veras

abrasco

Série EpidemioLógica 1

# EQÜIDADE E SAÚDE

## Contribuições da Epidemiologia

# EQÜIDADE E SAÚDE
## Contribuições da Epidemiologia

Organizadores
Rita Barradas Barata
Maurício Lima Barreto
Naomar de Almeida Filho
Renato Peixoto Veras

Série EpidemioLógica 1

1ª Reimpressão

abrasco

ISBN: 85-85676-34-5

1ª Reimpressão: 2000

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica: *Guilherme Ashton*
Copidesque e revisão final: *M. Cecília G. B. Moreira*
Revisão: *Eliana Granja*
Preparação dos originais: *Marcionílio Cavalcanti de Paiva*

ESTA PUBLICAÇÃO FOI PARCIALMENTE PRODUZIDA COM RECURSOS PROVENIENTES DO CONVÊNIO 173/94 – ABRASCO/FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – COM O OBJETIVO DO DESENVOLVIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA EM APOIO ÀS ESTRATÉGIAS DO SUS.

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

B226c Barata, Rita Barradas (Org.)
Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia/Organizado por Rita Barradas Barata, Maurício Lima Barreto, Naomar de Almeida Filho e Renato Peixoto Veras. — Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.
260p., tab., graf. (Série EpidemioLógica, 1)

1. Epidemiologia. 2. Política social. 3. Mortalidade. I. Barata, Rita Barradas (Org.). II. Barreto, Maurício Lima (Org.). III. Almeida Filho, Naomar de (Org.). IV. Veras, Renato Peixoto (Org.).

CDD - 20.ed. – 614.49

2000
EDITORA FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo – Manguinhos
21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
Tels.: (21) 598-2701 / 598-2702
Telefax: (21) 598-2509
Internet: http//www.fiocruz.br/editora
e-mail: editora@fiocruz.br

# Autores


**Alberto M. Torres**
Departamento de Saúde Internacional/Escola Nacional de Saúde – Madri, Espanha

**Antonio Alberto Lopes**
Departamento de Medicina/Universidade Federal da Bahia (UFBA)

**Asa Cristina Laurell**
Universidade Autônoma Metropolitana – Xochimilco, México

**Elza Berquó**
Núcleo de Estudos da População/Universidade de Campinas (UNICAMP) e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP)

**Estela M. G. de Pinto da Cunha**
Núcleo de Estudos da População/Universidade de Campinas (UNICAMP)

**Jaime Breilh**
Centro de Estudos e Assessoria em Saúde (CEAS) – Equador

**Joaquim Pereira**
Departamento de Saúde Internacional/Escola Nacional de Saúde – Madri, Espanha

**Juan Fernández**
Departamento de Saúde Internacional/Escola Nacional de Saúde – Madri, Espanha

**Marco Akerman**
Centro de Estudos de Cultura Comtemporânea (CEDEC) – São Paulo

**Marilisa Berti de Azevedo Barros**
Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Campinas (UNICAMP)

**Mário Monteiro**
Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

**Moisés Goldbaum**
Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da USP e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

**Neil Pearce**
Escola de Medicina de Wellington – Nova Zelândia

**Pedro Luis Castellanos**
Programa de Análise da Situação da Saúde – Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS)

**Saúl Franco Agudelo**
Universidade de Antióquia – Colômbia

**Richard Wilkinson**
University of Sussex, Brighton e University College – Londres, Inglaterra

# Organizadores

**Rita Barradas Barata**
Departamento de Medicina Social/Faculdade de Ciências Médicas – Santa Casa de São Paulo

**Maurício Lima Barreto**
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

**Naomar de Almeida Filho**
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

**Renato Peixoto Veras**
Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ)

# Sumário

## PARTE IV: TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA



## PARTE V: HETEROGENEIDADE DE RAÇA E GÊNERO EM EPIDEMIOLOGIA

# APRESENTAÇÃO

Em abril de 1995, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) – através de sua Comissão de Epidemiologia, juntamente com a Sociedade Ibero-Americana de Epidemiologia (SIAE) e a Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) – realizou os III Congresso Brasileiro, II Congresso Ibero-Americano e I Congresso Latino-Americano de Epidemiologia, reunidos em torno do mesmo lema: *A Epidemiologia na busca da eqüidade em Saúde*. O Departamento de Medicina Preventiva e Social – atual Instituto de Saúde Coletiva – da Universidade Federal da Bahia contribuiu de maneira decisiva para a organização dos eventos ocorridos em Salvador.

A presente coletânea, estruturada a partir de textos apresentados naqueles Congressos, significa uma amostra do que tem sido a produção em Epidemiologia acerca das desigualdades em geral.

Por afinidades temáticas, optamos por dividi-la em cinco partes:

- a primeira reúne textos de Jaime Breilh, Saúl Franco Agudelo e Moisés Goldbaum que tratam da questão da eqüidade e de sua abordagem pela Epidemiologia. A questão é enfocada tanto do ponto de vista do desenvolvimento científico quanto em seus aspectos políticos;

- a segunda – com trabalhos de Asa Cristina Laurell, Richard Wilkinson e Neil Pearce – aborda aspectos predominantemente econômicos das desigualdades em saúde, situando o momento atual de globalização e seus impactos para a saúde, inclusive para a própria produção de conhecimentos;
- a terceira – formada por artigos de Pedro Luis Castellanos, Marilisa Berti de Azevedo Barros e Marco Akerman – discute os diferenciais de mortalidade na perspectiva da iniqüidade social. Ou seja, traz contribuições e reflexões que tomam por base estudos empíricos no âmbito de cidades ou países do continente americano;
- a quarta apresenta dois textos relativos à transição demográfica e epidemiológica, um deles de autoria de Mário F. Giani Monteiro e o outro de Alberto Torres, Joaquim Pereira e Juan Fernández;
- e, finalmente, a quinta discute as heterogeneidades de raça e gênero e suas implicações para a saúde, através das análises de Estela M. G. de Pinto da-Cunha, Elza Berquó e Antonio Alberto Lopes.

Optamos pela tradução dos textos cujos originais encontravam-se em inglês ou espanhol, considerando que desta forma um espectro maior de profissionais e pesquisadores da área de Saúde Coletiva no País poderiam usufruir dessas contribuições.

Há que ressaltar que não compartilhamos, necessariamente, das visões aqui apresentadas, porém, mantendo o espírito de abertura científica que tem caracterizado a atuação da Comissão de Epidemiologia da ABRASCO, consideramos que cabe ao julgamento interpares decidir sobre a adequação ou não de correntes explicativas.

Esperamos que este primeiro volume – assim como os que se seguirão – da *Série EpidemioLógica* inaugure uma nova perspectiva no pensar a Epidemiologia e suas lógicas, nos anseios de efetivamente colaborar no redesenho dos atuais cenários de saúde de nossos povos.

*Os Organizadores*

# INTRODUÇÃO

A Constituição brasileira promulgada em 1988 consagra, na seção reservada à Saúde, o seguinte princípio geral:

> *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o* acesso universal e igualitário *às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.* (Constituição, 1988)

De certa maneira, portanto, a temática 'Eqüidade e Saúde'está presente no próprio texto constitucional, tornando necessária sua completa elucidação a fim de que a intenção possa tornar-se ato concreto, isto é, que os princípios estabelecidos na esfera jurídico-política sejam capazes de orientar de fato as práticas sociais.

Na língua portuguesa, o termo 'igualitário' é utilizado para designar o "sistema que preconiza a igualdade de condições para todos os membros da sociedade". 'Igualdade', por sua vez, é sinônimo de eqüidade, justiça e, no campo da ética, nos remete à "relação entre os indivíduos, em virtude da qual todos eles são portadores dos mesmos direitos fundamentais que provêm da humanidade e definem a dignidade da pessoa humana" (Ferreira, 1986).

A interpretação do princípio constitucional do direito à saúde deve ser feita levando-se em conta tais significados. Não se trata simplesmente de oferecer um 'mínimo de cuidados a todos os indivíduos, mas, antes, de atender as necessidades humanas segundo o princípio da eqüidade, vale dizer, a "disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um", o "sentimento de justiça avesso a um critério rigoroso e estritamente legal" (Ferreira, 1986).

Qual a contribuição possível da Epidemiologia no cumprimento desses princípios?

Desde sua origem como disciplina científica, no cerne do pensamento epidemiológico tem estado a avaliação do risco de adquirir e desenvolver doenças e agravos à saúde e o estabelecimento de 'comparações' para a identificação dos determinantes desses riscos. Comparações essas realizadas entre subconjuntos de sujeitos identificados por possuírem alguma característica capaz de distingui-los e individualizá-los, como grupo, no conjunto maior da população humana; portanto, comparações entre desiguais ou diferentes (Almeida Filho, 1992).

O fato de a Epidemiologia tomar o processo saúde-doença, em sua dimensão coletiva, como seu objeto de estudo e intervenção, confere-lhe particular instrumentalidade na etapa de constituição do Estado Moderno, visto que a preservação da saúde da força de trabalho urbana e rural coloca-se como uma das principais necessidades sociais nessa época (Mendes-Gonçalves, 1994). Entretanto, ao trabalhar com os diferenciais de saúde-doença nos variados grupos sociais, a Epidemiologia vê-se imediatamente confrontada com os aspectos sociais, econômicos e políticos da própria organização social e com o potencial de denúncia que os conhecimentos por ela produzidos trazem para o espaço público (Barata, 1990).

Nesse processo de constituição da Epidemiologia, enquanto disciplina científica do campo da Saúde Coletiva e conjunto de práticas sociais voltadas para o controle de doenças e agravos à saúde, as diferenças entre os grupos de sujeitos – cujas comparações estão na base da construção do pensamento epidemiológico – vão ganhando a conotação e o significado de desigualdades. Desigualdades que remetem à desproporcionalidade, parcialidade e injustiça.

Esses sentidos da desigualdade terão desdobramentos diversos no interior da disciplina, dando origem a, pelo menos, duas correntes de pensamento: uma delas, mais 'naturalizada', na qual os diferenciais serão tratados, na medida do possível, despidos de qualquer conotação social, cultural e política, como simples características biológicas e demográficas de conjuntos de organismos mais ou menos destacados de seu ambiente; outra, mais 'politizada', na qual os diferenciais

assumem a condição de desigualdades ou injustiças produzidas na estrutura social e refletidas no processo de adoecimento e morte dos sujeitos.

Na verdade, mesmo a primeira das correntes acima mencionadas incorpora, em alguma medida, as questões sociais na explicação do processo saúde-doença. Ela o faz, principalmente, a partir do referencial da Sociologia funcionalista, valendo-se do conceito de estratificação social, enquanto a outra vertente baseia-se no materialismo histórico em suas diferentes formas de elaboração (Barreto, 1990).

Aparentemente não há como a Epidemiologia eludir a questão da desigualdade, pois ela se encontra instalada no próprio cerne do objeto e do pensamento; entretanto, o que irá distinguir as diferentes correntes de produção será a forma de enfrentamento que essa questão terá não só no nível teórico e metodológico, mas também em relação à práxis.

Cabe perguntar de onde vem o potencial político da denúncia da desigualdade, isto é, o caráter ideológico que tal denúncia adquire em nossa sociedade. Por que a polêmica em torno da desigualdade? Não é perfeitamente esperado e natural a observação de que os sujeitos se diferenciam por uma série de características? De onde vem o espanto em face do desigual? Por que a demonstração da desigualdade assume ares de denúncia política?

Na história da humanidade, todas as formas de organização social foram marcadas, com maior ou menor intensidade, pelas posições desiguais que os sujeitos ocuparam na estrutura social. Sejam castas, classes ou estratos demográficos, todas as formas de organização social contaram com grupos distintos em sua estrutura. Todas elas, porém, tinham justificativas no plano jurídico e político para as desigualdades existentes, fossem elas baseadas na condição de nascimento, na autoridade da Igreja ou em outro critério qualquer.

Apenas as sociedades capitalistas ocidentais afirmaram, como princípio no plano político e jurídico, a igualdade de todos os cidadãos, independentemente das condições de nascimento ou da posição efetivamente ocupada na estrutura social. O lema da Revolução Francesa, adotado como paradigma das revoluções burguesas, afirma os valores 'Liberdade, Igualdade e Fraternidade' como aqueles capazes de garantir o predomínio da Razão e a libertação da humanidade de todos os preconceitos, crenças e mitos que impediram o desenvolvimento pleno das potencialidades humanas até o advento do Século das Luzes.

Dado que a organização social capitalista não possibilita a concretização dessa igualdade apregoada, surge a brecha para que a questão da desigualdade apareça revestida de forte potencial de denúncia. Não fosse a contradição entre a realidade concreta dos sujeitos e a ideologia, não haveria motivos para o 'espan-

to', nem para todas as tentativas que são feitas no sentido de esvaziar a desigualdade do seu conteúdo político.

Diante da existência concreta das desigualdades presentes no processo saúde-doença e dada a politização inerente a toda explicitação desse fato, resta à Epidemiologia enfrentar a questão, quer seja do ponto de vista da produção do conhecimento, quer na elaboração e implementação das propostas de intervenção decorrentes.

Considerando que a parcela dos que optam por tratar a desigualdade de maneira 'naturalizada' – portanto, esvaziada de seu conteúdo político – não logra resolver ou superar a questão, devemos colocar o foco de atenção nas alternativas que se apresentam, do ponto de vista teórico, para aqueles que pretendem tomar a existência de desigualdades sociais como ponto de partida da reflexão sobre a saúde e a doença.

Podemos identificar duas correntes de pensamento majoritárias no que se refere ao tratamento teórico da desigualdade no âmbito das investigações epidemiológicas. Há uma parcela importante dessa produção na qual a desigualdade é enfocada através da teoria da estratificação social, enquanto outra parcela adota a perspectiva da estrutura de classes. As teorias de estratificação social tratam a desigualdade de um ponto de vista predominantemente quantitativo, ou seja, estabelecendo pontos de cortes em variáveis cujas gradações representam um contínuo de situações possíveis, resultando assim na classificação de indivíduos e grupos sociais em estratos altos, intermediários e baixos. Os estratos são categorias eminentemente descritivas, que permitem a comparação entre posições relativas – do tipo mais ou menos (Stavenhagen, 1974). Sua construção está baseada na utilização de variáveis individuais tomadas como indicadoras de condição social, tais como renda, escolaridade, áreas residenciais, escalas de prestígio etc.; ou na elaboração de índices compostos, nos quais diversas variáveis podem estar incluídas apenas de maneira agregada ou sob a forma de esquema hierárquico (SEADE, 1992).

A categoria classe social, por sua vez, é analítica e histórica, isto é, mostra-se com capacidade explicativa e como portadora de conteúdo concreto específico para cada momento histórico. Está baseada em critérios estruturais-funcionais relativos à posição que os grupos ocupam na organização social. Tal posição é definida a partir do lugar na produção social, das relações com os meios de produção, papel na organização social e relações de dominação/subordinação (Stavenhagen, 1974).

Portanto, a adoção de modelo fundado na estratificação social ou de outro baseado na estrutura de classes sociais não é indiferente para a mensuração e compreensão da desigualdade social em pesquisas epidemiológicas, visto que ambos apresentam diferentes potencialidades de explicação da produção do processo saúde-doença no âmbito coletivo.

Do ponto de vista metodológico, a opção pela estratificação social apresenta certas facilidades no plano operacional, mas traz algumas dificuldades na reconstrução da realidade anteriormente fragmentada em inúmeras variáveis, tomadas cada uma delas como indicadores individualizados. É comum observarmos, principalmente em estudos transversais, uma lista extensa de variáveis sócio-econômicas analisadas através de modelos multivariados, sem que os autores realizem esforços, no momento da interpretação, para explicar de que maneira os processos sociais, indicados mais ou menos grosseiramente por aquelas variáveis, interferem, contribuem ou colaboram para o processo saúde-doença.

Na Europa, em geral, e no Reino Unido, em particular, a ocupação tem sido utilizada como base das classificações em estratos sócio-econômicos, enquanto nos Estados Unidos é mais freqüente o uso de indicadores de renda e escolaridade (Alvarez-Dardet et al., 1995).

De modo inverso, a opção pelo modelo de estrutura de classes sociais traz muitas dificuldades operacionais no sentido da tradução de uma categoria analítica em indicadores, variáveis e valores aplicáveis a indivíduos, porém representa algumas facilidades no momento da explicação, na medida em que a categoria classe social representa, em si, situações qualitativamente diversas, com sentido preciso em cada uma das formações sociais, o que torna mais simples a interpretação das desigualdades estudadas. Do mesmo modo, porém, há uma série de processos de mediação entre a estrutura de classes e os processos saúde-doença, cujo conhecimento e compreensão apresentam grande complexidade.

Os modelos de operacionalização do conceito de classe social têm sido objeto de reflexão, elaboração e avaliação em pesquisas epidemiológicas que procuram tomar a questão da desigualdade como problema relevante de investigação. Barros (1986) adaptou o esquema elaborado por Singer para medir o tamanho das classes sociais no Brasil, a partir de dados censitários, ao estudo dos perfis de morbidade e consumo de medicamentos da população de Ribeirão Preto, suscitando a discussão dos limites e possibilidades dessa abordagem. Lombardi (1988) adaptou ao estudo do crescimento e desenvolvimento de crianças de Pelotas, no Rio Grande do Sul, o esquema utilizado no México por Bronfman & Tuirán (1984) para o estudo da mortalidade infantil. Ambos os trabalhos introduziram elementos conceituais, metodológicos e operacionais à discussão re-

ferente à utilização da categoria classe social como categoria analítica em investigações epidemiológicas, nas quais as unidades de informação eram indivíduos pertencentes a amostras populacionais.

Solla (1996a, b), em revisão crítica da utilização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos, destaca uma série de problemas e limitações que merecem maior atenção dos pesquisadores. Dentre eles, o problema mais referido, principalmente por parte dos profissionais das Ciências Sociais, é a perda do dinamismo inerente ao conceito quando este é aplicado à classificação empírica de sujeitos. Os argumentos apresentados apontam o papel central que o conceito de classe social exerce nas teorias do materialismo histórico como propulsor das transformações sociais, aspecto este freqüentemente deixado de lado no processo de operacionalização em pesquisas empíricas.

Do ponto de vista metodológico, as maiores dificuldades parecem estar na necessidade de ajuste dos modelos de operacionalização propostos às peculiaridades de cada formação social, dificultando assim a comparação entre diferentes investigações; no estabelecimento de pontos de corte arbitrários para, por exemplo, número de empregados ou nível de renda que permitam separar os indivíduos nas diferentes classes; na utilização de grandes amostras populacionais capazes de incluir a diversidade das frações de classe existentes e na inexistência de dados secundários necessários à construção das classes e à correta classificação dos indivíduos que se encontram fora do mercado de trabalho no momento da investigação.

Além dessas dificuldades no âmbito metodológico e das técnicas de investigação, há uma questão que diz respeito à própria compreensão do significado correto da determinação social do processo saúde-doença e, portanto, das desigualdades sociais em saúde. A classe social, por ser categoria de análise complexa, deve ocupar a posição mais distal entre situação social e doença na "cadeia de causalidade", tendo sua ação mediada – vale dizer, especificada – por um conjunto de outros determinantes com atuação em diferentes dimensões da realidade. Ou seja, a rigor não se pode falar em determinação causal estrito senso (Laurell, 1983).

Desconhecer a diferença existente entre as diversas maneiras de determinação e tomá-las todas pelo princípio da determinação causal tem levado muitos epidemiologistas a não encontrar relações significantes entre estratos ou classes sociais e doenças.

O aprofundamento teórico e metodológico no estudo das desigualdades sociais tem levado à elaboração de propostas de compreensão e explicação do

processo saúde-doença baseadas em modelos mais complexos de abordagem, tais como os desenvolvidos por Laurell & Noriega (1989) e Breilh et al. (1990), nos quais o processo de produção e reprodução social, com seus diversos componentes, são utilizados para melhor aproximação no estudo da determinação social da doença e da saúde.

A proposta de Laurell & Noriega (1989) utiliza a categoria nexo biopsíquico, sua subsunção aos 'modos de andar a vida' e destes ao processo de trabalho e de valorização desenvolvidos no âmbito do processo de produção. Esta vertente de análise, pelo papel central que concede ao processo de trabalho na explicação da saúde e do adoecer, tem sido mais utilizada em estudos relativos à saúde e trabalho. Entretanto, sua potencialidade teórica não se esgota nesse campo em particular, podendo ter suas contribuições aplicadas à compreensão de processos mais amplos de transformação social e suas repercussões sobre a saúde.

O elemento nuclear para o estabelecimento dos perfis epidemiológicos na proposta de Breilh (1990) e dos demais pesquisadores do CEAS (Centro de Estudios y Asesoría en Salud) centra-se no relacionamento entre as formas de vida ou de reprodução social e o comportamento dos organismos, incluído aí o aparecimento das doenças. A utilização desse marco conceitual em investigações empíricas tem demonstrado todo seu potencial explicativo, além de possibilitar a inserção de diferentes processos mediadores, conduzindo à maior especificação dos nexos entre estrutura social e estrutura epidemiológica.

Possas (1989) propõe uma abordagem na qual, partindo do perfil epidemiológico da população, sejam identificadas as situações de risco mais diretamente relacionadas com o surgimento das doenças, e daí, recursivamente, passa-se a reconstruir as mediações até atingir a inserção na produção, ou seja, as classes sociais. A partir das situações de risco, a autora coloca o estilo de vida – hábitos e comportamentos –, as condições de vida – consumo – e as condições de trabalho como principais mediadores. No nível seguinte destacam-se o modo de vida – conjunção das condições e estilos de vida – e a inserção na estrutura ocupacional – mercado de trabalho, renda etc. Finalmente, ambos os constituintes fundem-se nas classes sociais e estas subordinam-se à inserção sócio-econômica em uma formação social concreta. Desta forma, a autora pretende identificar uma linha de determinação causal e outra de determinação social, as quais partem de um ponto comum na inserção das classes sociais e convergem para outro ponto comum no perfil epidemiológico populacional.

Castellanos (1990) elabora a categoria situação de saúde como um conjunto de problemas descritos e explicados a partir da perspectiva de atores so-

ciais determinados, isto é, como necessidades organizadas por atores dispostos a mobilizarem-se para satisfazê-las. A situação de saúde é expressão das condições de vida de cada um dos grupos sociais, e estas, por sua vez, dependem da forma como tais grupos se inserem no processo geral de reprodução social, em dado momento histórico e sob determinadas condições naturais. Desta maneira, o autor traz para a questão da determinação social os aspectos culturais e políticos relacionados aos significados construídos por diferentes atores em sociedade.

Existe, portanto, uma produção teórica e metodológica considerável a respeito das desigualdades sociais e saúde na Epidemiologia latino-americana. Esta produção, a despeito de todas as dificuldades que encerra, tem permitido particularizar o trabalho desenvolvido com criatividade e crítica no âmbito da Epidemiologia.

*Os Organizadores*

## Referências Bibliográficas


ALMEIDA FILHO, N. *A Clínica e a Epidemiologia*. Rio de Janeiro-Salvador: Abrasco/Apce, 1992.

ALVAREZ-DARDET, C. et al. La Medición de la Clase Social en Ciencias de la Salud. *Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología*. Barcelona: SG Editores S.A., 1995.

BARATA, R. B. Epidemiologia: teoria e método. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. *Anais*. Campinas: Abrasco, 1990.

BARRETO, M. L. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: COSTA, D. C. *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990.

BARROS, M. B. A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Revista de Saúde Pública*, 20(4):269-273, 1986.

BREILH, J. et al. *Deterioro de la Vida*. Quito: Corporación Editora Nacional, 1990.

BRONFMAN, M. & TUIRÁN, R. La desigualdad ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuadernos Médico Sociales*, (29/30):53-75, 1984.

CASTELLANOS, P. L. Avances metodológicos en Epidemiologia. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. *Anais*. Campinas: Abrasco, 1990.

CONSTITUIÇÃO. República Federativa do Brasil. Artigo 196, Seção II: Da saúde; Capítulo II: Da seguridade social; Título VIII: Da ordem social. Brasília, 1988.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LOMBARDI, C. et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Revista de Saúde Pública*, 22(4):253-265, 1988.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde – características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

POSSAS, C. *Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

SEADE. Definição e mensuração da pobreza na região metropolitana de São Paulo: uma abordagem multissetorial. SEADE. São Paulo, 1992.

SOLLA, J. J. S. P. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(2):207-216, abr./jun., 1996a.

SOLLA, J. J. S. P. Diferenças nas propostas de operacionalização do conceito de classe social empregadas em estudos epidemiológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(3):329-337, jul./set., 1996b.

STAVENHAGEN, R. Estratificação social e estrutura de classe. In: VELHO, O. G.; PALMEIRA, M. G. S. & BERTELLI, A. R. (Org.) *Estrutura de Classes e Estratificação Social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

# PARTE I

# ABORDAGENS GERAIS DA QUESTÃO EQÜIDADE EM EPIDEMIOLOGIA

# 1

# A EPIDEMIOLOGIA NA HUMANIZAÇÃO DA VIDA: CONVERGÊNCIAS E DESENCONTROS DAS CORRENTES*

*Jaime Breilh*

## INTRODUÇÃO

Ante a desorganização mundial da vida humana e a proliferação de processos tanto antigos quanto atuais de destruição da saúde, a Epidemiologia vem-se consolidando como ferramenta importante para a monitorização dessa deterioração massiva e para o planejamento de ações coletivas que visem à defesa da saúde e à humanização das sociedades.

Nesse cenário adverso e pleno de desafios, coexistem várias correntes do pensamento epidemiológico de vanguarda que compartilham o anseio comum de proteger a saúde e obter diversos avanços técnicos que poderiam ser complementares. Entretanto, na prática, se desenvolvem de modo mutuamente desvinculado, como campos paralelos, ou até mesmo conflitantes, isolados pelo julgamento prévio, por uma arrogância defensiva e por uma incapacidade de encontrar a sua unidade na necessidade social.

---

* Tradução: *Eliana Granja*

O resultado mais preocupante dessas tensões é o enfraquecimento global das novas perspectivas do pensamento, da prática e da investigação epidemiológica, porque temos construído obstáculos desnecessários à fertilização entrelaçada de suas três expressões principais: a corrente mais ligada ao conhecimento dos sistemas dinâmicos lineares e não-lineares (modelo matemático ou *model fitting*); a corrente mais associada ao conhecimento dos processos microssociais (a Antropologia, as técnicas qualitativas de Análise do Discurso); e a corrente mais relacionada ao emprego de categorias para o estudo dos processos estruturais e superestruturais amplos (Economia Política e Sociologia).

A investigação das características e potencialidades de cada uma destas correntes, bem como a abertura de espaços para um debate plural, deverá elucidar em que medida esses conflitos são fruto de posicionamentos francamente contraditórios. Ainda: se, pelo contrário, as rupturas que aparecem, ao menos nos espaços mais democráticos, como confrontações teóricas e técnicas irreconciliáveis, resultam, na verdade, do trabalho deficiente na construção do objeto epidemiológico, da incapacidade para dominar e integrar técnicas de diferentes campos e, subjazendo ao anterior, da desarticulação da prática política, que atomiza o trabalho das forças progressivas e bloqueia a discussão de propostas unitárias de ação coletiva integradas a um projeto humano e popular para a sociedade.

## URGÊNCIA DE UM PROJETO HUMANO

Este foro[1] que nos reúne com tanto êxito é o resultado da confluência de muitas vontades progressistas, colocadas a serviço do humano e dispostas a converter estas jornadas de trabalho em uma grande 'oficina pela vida'. É reconfortante que tenhamos sido convocados com manifesta intencionalidade: a construção de uma 'Epidemiologia na busca da eqüidade'. Esforço cuja pertinência é diretamente proporcional ao enorme grau de destruição da saúde dos nossos povos nas horas difíceis, em que estão sendo submetidos à conspiração perversa de um 'modelo' sócio-econômico desumano e profundamente não-eqüitativo.

---

[1] Referência aos Congressos que originaram esta coletânea.

Se tenho razão no fato de que esta não é principalmente uma comissão de técnicos interessados pelo social, mas é fundamentalmente uma reunião de militantes da vida, necessitados, isso sim, de sustentação técnica para seu trabalho, então é perfeitamente pertinente formular, como outra premissa da análise, que os critérios que aceitamos como pontos de partida para refletir sobre o papel ante o desenvolvimento da nossa disciplina, a Epidemiologia, são muito mais que simples fórmulas tecnocráticas. Ao contrário, constituem um enfoque vital e comprometido a respeito da dimensão humana desse desenvolvimento gerador de propostas para a prevenção profunda dos processos que destroem ou ameaçam a vida humana, assim como de promoção real de sustentações e de processos protetores sociais, familiares e individuais.

Uma leitura epidemiológica da história contemporânea mostra-nos como a vida humana se constrói 'entre fogo cruzado'. A qualidade da vida e a saúde se fabricam, em termos globais, em meio a uma luta permanente entre o interesse privado e a necessidade coletiva ou, para colocar em termos mais atuais, entre as urgências de expansão econômica e política dos grandes empresários e as necessidades da gente comum de construir um mundo solidário e protetor.

Em concordância com as necessidades desse dois pólos da humanidade surgiram padrões culturais e ideológicos contrapostos e, porque não dizer também, escolas de pensamento científico e técnico que procuram explicar o mundo e imprimir uma direção conveniente aos projetos da sociedade.

Em tais circunstâncias, nós, os epidemiologistas, tomamos partido. Creio reconhecer, nas posições que aqui se escutam, uma vontade de nos isolarmos no submundo tecnocrático e de abrir nossa mente e ferramentas aos movimentos e organizações sociais para a construção de sociedades humanas mais humanas e eqüitativas. Queremos oferecer nosso contingente para que o progresso não continue sendo definido de acordo com parâmetros de produtividade empresarial e competitividade monopolista nem com um avanço tecnológico de encrave, os quais subscreveram o paradigma dominante, que podemos caracterizar como: 'empresarial, monocultural e patriarcal'. Um modelo que levou ao extremo as vantagens da voracidade privada dos grandes, enquanto a necessidade coletiva e os valores humanos foram praticamente deslocados para a clandestinidade – parafraseando Benedetti (1995).

Vivemos e realizamos um trabalho epidemiológico encurralados em um mundo fundado na iniqüidade e na agressão, na lei implacável dos poderosos e observamos, além disso, com calafrios, o avanço avassalador de uma 'narcoburguesia' que domina os espaços por meio da violência, enquanto a solidariedade, o amor, a esperança de paz, as promessas de justiça, bem-estar e saúde foram

obrigados a refugiar-se como sonhos evanescentes nesses maravilhosos espaços, quase subterrâneos, da canção do povo, da atemorizada cotidianidade familiar e da religião popular.

Temos que perguntar mais uma vez, ao refletir sobre nossa ocupação: também não há refúgio no trabalho epidemiológico para essas promessas de eqüidade que se reproduzem na memória coletiva de nossos povos? Devemos conformar-nos com vínculos indiretos ou puramente profissionais no que diz respeito às urgências coletivas? Há alguma contradição substancial entre a qualidade de um bom desempenho técnico e uma prática crítica e participativa? Será que o cultivo laborioso e disciplinado da vocação científica entra em conflito de alguma maneira com a projeção militante de uma ocupação de humanização?

## Desafios da Epidemiologia

Em um Congresso da importância deste, nossa aspiração seria a de que todos os recursos teóricos e técnicos convergissem para que a Epidemiologia se consolidasse não só como ferramenta de monitorização permanente da deterioração humana, mas também como instrumento de consolidação de uma consciência sanitária e arma para o planejamento de ações coletivas tendentes à defesa da saúde e à humanização da sociedade.

Acontece que a Epidemiologia, como qualquer outra disciplina, encontra o desafio do avanço de suas projeções 'externas' e de sua construção 'interna'. Para constituir-se como disciplina da Saúde a serviço da vida, a Epidemiologia tem que assumir sem titubear um lugar junto ao povo: criativa, como fonte de apoio aos projetos de defesa e avanços coletivos; totalmente livre, no que diz respeito a qualquer dogma; prudente e seletiva ante as políticas que se oferecem no acordo hegemônico, bem como ante as mercadorias tecnológicas que florescem na atualidade.

As circunstâncias atuais determinam quatro projeções sociais prioritárias que a tarefa epidemiológica deveria cumprir, seja dentro ou fora da máquina estatal, segundo o que impõem as demandas estratégicas e os espaços de poder conquistados pelos movimentos e organizações sociais. Isto significa ser 'testemunha por obrigação' dos processos destrutivos da vida impostos a nossa gente; consolidar-se como ferramenta de monitorização crítica permanente da qualidade de vida e dos determinantes da saúde; afirmar-se como instrumento de construção de poder democrático popular mediante seu apoio às tarefas urgentes de uma co-gestão tripartida descentralizada e eficiente – representantes dos

movimentos-organizações sociais, funcionários democráticos do Estado e intelectuais orgânicos da população – e por meio do seu respaldo à formação de nova subjetividade popular. Além disso, a Epidemiologia deveria constituir-se em arma para o planejamento estratégico de projetos inovadores do desenvolvimento humano.

No entanto, será muito difícil levar à frente esse tipo de ação se não se transformar simultaneamente a configuração 'interna' da Epidemiologia, seus fundamentos conceituais, modos de interpretação e formas instrumentais. Mais adiante desenvolveremos este aspecto.

O desafio central do Congresso –"a busca da eqüidade"– exige de nós, afinal, que concretizemos os âmbitos onde se deve lutar pela eqüidade. Os objetos de transformação em torno dos quais devemos tecer a unidade dos nossos esforços poderiam ser:

- humanização do trabalho, defesa e promoção da saúde das populações trabalhadoras;
- defesa de condições estáveis e benéficas de consumo, segurança humana integral, a garantia de alimentos e a segurança social – direitos humanos que não devem ser dependentes da capacidade econômica – e também a humanização e elevação da qualidade dos serviços e dos programas de saúde;
- desenvolvimento e proteção ecológica, incluindo o aprofundamento de estudos toxicológicos e de biomarcadores dos efeitos da poluição em relação com os padrões de reprodução social e a suscetibilidade genofenotípica das populações urbanas e rurais;
- proteção e promoção de populações sobrecarregadas – Epidemiologia dos problemas de gênero – ou das especialmente desprotegidas em nosso sistema social – terceira idade, juventude, infância.

Na realidade, temos que criar condições propícias à convergência dos 'atores' da Epidemiologia ao redor de problemas prioritários, o que, de alguma maneira, requer que se progrida quanto aos elementos conceituais e técnicos indispensáveis e que se consiga a 'fertilização cruzada' da experiência acumulada por diferentes setores.

A rica diversidade de produção e de realizações mostrada em foros como o presente, evidencia o potencial epidemiológico disponível. É necessário, entretanto, dar unidade a esse trabalho, o que somente poderá ser conseguido se estreitarmos, nacional e internacionalmente, os laços de cooperação e incentivarmos o debate construtivo, tendo como referência um projeto de sociedade humano e democrático e programas concretos de intervenção.

É verdade que junto com nossas identidades básicas coexistem, no entanto, diversas correntes no movimento epidemiológico de vanguarda. Essa diversidade não causa preocupação; ao contrário, é uma vantagem. O que deve inquietar-nos é sua incoerência. Embora se compartilhe o anseio comum de proteger a saúde e se obtenham avanços técnicos específicos que poderiam ser complementares, na prática se desenvolvem de forma mutuamente desvinculada, como campos paralelos, e até mesmo conflitantes, como assinalamos anteriormente.

O resultado mais perturbador dessas tensões é o enfraquecimento global das novas perspectivas do pensamento, da prática e da investigação epidemiológicas, porque construímos obstáculos desnecessários para essa fertilização entrelaçada à qual já aludimos.

## A Relação Sul-Norte na Epidemiologia

Se, por um lado, nossa gente do Sul luta desesperadamente para sobreviver em mundo 'ultramonopolizado', por outro, as populações do mundo chamado desenvolvido também ostentam índices de sofrimento humano e de iniqüidade muito sérios em contraste com a opulência.

À margem do ânimo solidário que move grande parte do setor da intelectualidade progressista anglo-saxônica e européia com relação à América Latina, não se pode negar que existe um clima de desprezo da comunidade científica do mundo 'desenvolvido' no que se refere a seus congêneres do Sul.

O problema se agrava na atualidade em um cenário onde recrudesceram as expressões xenofóbicas por razões históricas, fenômeno que não cabe analisar aqui. Essa tendência afeta o pensamento científico e cria condições para um comportamento segregacionista de determinado setor da academia, o qual incrementa obstáculos para a necessária colaboração Norte-Sul.

Sinal claro deste problema é o ressurgimento de velhas teses científicas racistas a respeito da iniqüidade. Teses que já não são apenas patrimônio de seitas ultranacionalistas. Desdobram-se em recentes obras científicas, como a controvertida *The Bell Curve* de Herrnstein e Murray, em que a explicação da desigualdade reduz-se, sob modelos matemáticos formais, à presença de condições genéticas supostamente estáveis e pouco modificadas pelos processos do contexto. Esse material genético explicaria *per se* a desigualdade entre um segmento da sociedade branca opulenta, inteligente e empreendedora, e esse outro segmento de grupos de hispânicos e negros, radicados no fundo da sociedade, substancialmente menos inteligentes, drogados e delinqüentes (Herrnstein & Murray,

1994). Tais professores eminentes de Harvard e do Massachusets Institute of Technology (MIT), fortemente armados do arsenal das provas de correlação linear e logística, introduzem suas propostas contra a proteção dos grupos etnonacionais hispânicos e proclamam a necessidade do desaparecimento dos esquálidos programas sociais que ainda assistem essa população.

O que preocupa mais da ampla acolhida que a sociedade oferece a obras como essa, convertidas em *best sellers* na América do Norte, não é a solidez de seus argumentos científicos xenofóbicos e anti-humanos – que podem ser rebatidos ainda dentro do mesmo terreno matemático, sem falar na argumentação epidemiológica integral – mas que esse tipo de posição científica encontre meio cultural propício.

Dessa visão geral e intolerante sobre as diferenças podemos passar a outras iniqüidades mais sutis que afetam o desenvolvimento científico e, em particular, o da Epidemiologia.

Nossa disciplina tem sua própria lógica e problemas, mas não deixa de reproduzir algumas condições de iniqüidade que operam no pensamento científico como verdadeiro "obstáculo epistemológico", usando um termo bachelardiano (Bachelard, 1981).

Refiro-me à desconexão efetiva Norte-Sul ou à dificuldade para uma colaboração científica eqüitativa produzida pelo desprezo sistemático do pensamento epidemiológico latino-americano por parte dos nossos colegas do Norte. Tomando emprestada uma expressão cunhada pelo movimento feminino, os produtores latino-americanos somos quase 'invisíveis' nos espaços de superioridade do Norte e da Europa. Não me refiro aos casos também não muito freqüentes de talentos latino-americanos que se descontextualizam para operar mimetizados nos núcleos do chamado primeiro mundo. Aludo ao desconhecimento quase olímpico dos livros, trabalhos e criações instrumentais gerados no próprio seio da América Latina. Refiro-me à ausência de esforço sério para também aprender das nossas modalidades e experiências.

Podemos encontrar exemplo próximo de tal desconexão e assimetria no fato recente de um brilhante estudo crítico da norte-americana Nancy Krieger, animador para os que trabalhamos em uma margem diferente da Epidemiologia, onde se analisa a falta de fundamento teórico da famosa "rede multicausal" (Krieger, 1994) e da produção epidemiológica do Norte. Artigo penetrante e corajoso que apareceu há pouco tempo, em fins de 1994, quer dizer, duas décadas depois de trabalhos similares produzidos por pesquisadores do Brasil, Equador e México, aos quais somente faz menção marginal.

Não interessa tanto comparar esta exposição mais recente com o que foi publicado em nossos livros e artigos muitos anos antes e que teriam ajudado a Epidemiologia do Norte a enriquecer-se conceitual e teoricamente. O fato epistemológico que interessa resgatar é a efetiva existência de desconexão, para a qual é preciso encontrar solução. Para isso é crucial começar a fazer nas duas direções, Norte-Sul e Sul-Norte, o tipo de trabalho talentoso que realizam colegas como Howard Waitzkin, da Universidade de Berkeley, em uma procura respeitosa e isenta de depreciação, em uma investigação séria das ferramentas científicas e técnicas da Saúde Coletiva latino-americana.

Dessa maneira, vamos construindo uma relação simétrica, desterramos a dependência e os confortos do colonialismo intelectual e criamos condições para uma colaboração em termos de eqüidade. Porque as diferenças entre nossos mundos de produção não são de talento nem de disciplina de trabalho, porém obedecem mais a um fato já descoberto pela cientologia, ou seja, o de que em contextos diferentes ocorrem múltiplos graus de desenvolvimento dos objetos de investigação e diversificadas condições históricas que facilitam ou dificultam a visibilidade dos problemas. Está claro que, além disso, outro fenômeno de diferenciação muito importante é a disponibilidade financeira para a ciência, tão desigual entre as instituições do Norte abastado e as do Sul espoliado, aspecto que é melhor compreendido pela economia política.

Se unirmos nossas forças, poderemos dar maior profundidade e eficácia à construção de uma Epidemiologia da eqüidade. Necessitamos de uma colaboração com o Norte, temos que continuar a nos nutrir de seu imenso conhecimento acumulado e, sobretudo, da sua experiência tecnológica. Mas também temos muito a oferecer para encontrar o *spider of the web*, quanto para compartilhar a rica experiência de modelos participativos de gestão e um instrumental epidemiológico validado.

A globalização econômica implica a expansão de uma hegemonia que supõe a eliminação paulatina dos diferentes 'olhares' ou modos de ver o mundo na cultura popular e nas ocupações culturais e científicas.

A era da eletrônica, da análise virtual, das auto-estradas da informação, dos recursos multimediadores, por estar submetida aos desígnios monopolistas não conduz a essa "aldeia planetária" que profetizou McLuhan, conectada, mais rica e diversificada. É, na verdade, mais um "planeta supermercado", nas palavras de Régis Debray, onde cada passo adiante na unificação econômica implica retrocesso cultural defensivo, uma espiral de polarização onde a técnica obriga a padronizar os vetores e conteúdos da comunicação. Uma tendência uniformizadora que destrói a di-

versidade cultural, a possibilidade de que circulem diversas versões; um mundo no qual as expressões culturais dos 'sem poder' são forçadas a entrincheirar-se em posições fundamentalistas ou são relegadas a guetos de consumo marginal (Debray, 1995).

Na Epidemiologia pode acontecer algo semelhante. Preocupa que a produção epidemiológica dos países mais fracos e das populações subalternas sejam esmagadas por essa expansão tecnológica, que se anule a promessa das contribuições que outras culturas podem oferecer à Epidemiologia, bem como outras combinações técnicas que elas proponham.

É decisivo que não se aniquile a riqueza das contribuições, possível de ser obtida pela cooperação das novas modalidades participativas. Devemos estar atentos para que a expansão tecnológica não mande para o espaço o trabalho destes anos de aperfeiçoamento, por exemplo, o do momento latino-americano, que não subjugue as possibilidades de uma construção epidemiológica democrática, diversificada e plural, centrada na edificação de um mundo humano, livre de subordinações, mas, ao mesmo tempo, disposta a lutar criativa e intensamente pela convergência das possibilidades e recursos das diferentes correntes.

## PROBLEMAS E POSSIBILIDADES DA CONVERGÊNCIA

Como assinalado anteriormente, o pensamento epidemiológico se desenvolve, sob o ponto de vista metodológico, por três vias principais: a corrente mais ligada ao conhecimento dos sistemas dinâmicos lineares e não-lineares (modelo matemático ou *model fitting*); a corrente mais assemelhada com o conhecimento dos processos microssociais (a Antropologia, as técnicas qualitativas de Análise do Discurso); e a corrente mais relacionada ao emprego de categorias para o estudo dos processos estruturais e superestruturais mais amplos (Economia Política e Sociologia).

É nossa responsabilidade ponderar as características e potencialidades das contribuições e produtos de cada uma destas correntes e garantir espaços para um debate plural. Debate esse que deverá elucidar em que medida esses conflitos são fruto de posicionamentos francamente contraditórios, ou se, ao contrário, as rupturas que aparecem como confrontações teóricas e técnicas irreconciliáveis, ao menos nos espaços mais democráticos, são na verdade conseqüência de

um trabalho ainda incompleto de construção do objeto epidemiológico. Ainda: se resultam da incapacidade para dominar e integrar ou triangular as técnicas de diferentes campos e, subjazendo ao anterior, são o produto da desarticulação da prática política que atomiza e bloqueia a discussão de propostas unitárias de ação coletiva integradas a um projeto humano e popular da sociedade.

Não é possível tratar aqui os pormenores dessa discussão metodológica, aspecto que abordamos com maior profundidade no livro *Novos Conceitos e Técnicas de Investigação* (Breilh, 1995), mas cabe aqui tornar claras algumas idéias principais.

É necessário esclarecer que não se podem levar em consideração, em nossos esforços progressistas, os posicionamentos fechados que insistem nos enquadramentos filosóficos de uma teoria conservadora. Refiro-me, em especial, à vertente que poderíamos denominar empírico-analítica e neopositivista que persevera em uma linha de investigação obcecadamente indutiva e centrada no reducionismo matemático formal, em uma causalidade estática e não hierárquica. Trata-se de uma escola que não relaciona o movimento da vida social e dos processos da saúde com as expressões formais analisáveis por um modelo matemático, mas que convertem esses modelos no único e predominante recurso do conhecimento, com o qual se introduz rígido e empírico cartesianismo, que, como questiona o talentoso epidemiólogo baiano Naomar Almeida Filho em recente comunicação eletrônica, nos condena a uma "visão demasiado restritiva de uma realidade complexa, como se somente a não-linearidade ou a fragmentação fossem as únicas expressões da complexidade epidemiológica" (Almeida Filho, 1994).

O círculo de enganos fecha-se nesta corrente quando estabelece uma visão heurística do saber, em que não interessa explicar e compreender, mas sim predizer para atuar com sentido pragmático sobre os fenômenos isolados do modelo. O epistemólogo Oquist explica muito bem as conseqüências desse pragmatismo ahistórico, amorfo e desligado dos processos orgânicos da coletividade (Oquist, 1976).

Também não podemos incorporar como fonte promissora os trabalhos enquadrados em um anti-realismo purificado, cujo eixo é o subjetivismo que recai em um reducionismo 'psico-culturalista', o qual substitui a objetividade dos processos e introduz uma hermenêutica singularizada, a pautar sua compreensão da realidade em intuições e construções subjetivas, sem procurar transformar o mundo, mas reconstruí-lo na mente dos construtores (Breilh, 1995).

Há, em troca, um filão importante de colaboração interdisciplinar que poderia realizar-se entre grupos que operam na linha de trabalho radicada seja na investigação 'quantitativa' de sistemas dinâmicos, ou na investigação 'qualitati-

va' de processos microssociais, ou no conhecimento de processos estruturais, sob a condição de que mantenham, para a triangulação, algumas premissas fundamentais ou afinidades nos três planos da problemática: o ontológico, o epistemológico e o metodológico.

Em relação ao ontológico, é preciso que as partes reconheçam a existência da vida social e da saúde como realidade objetiva, a irredutibilidade dos processos sociais – dentre os quais, uma das formas particulares são os processos epidemiológicos – às esferas mais simples da realidade (o biológico e o individual) e o caráter multidimensional e complexo da realidade. É neste contexto multifacetado que se desenvolvem, em inter-relação essencial e dialética, os processos do âmbito coletivo e individual, assim como os sociais e biológicos, não por vínculos causais lineares e mecânicos, mas sob a forma de movimentos hierarquizados que obedecem a diferentes determinações (o automovimento contraditório, a causação, a ação recíproca de sistemas de retroalimentação, a determinação probabilista e a determinação caótica).

Uma linha de contribuições específicas que se pode integrar para melhor compreensão da realidade biossocial ou sociológica do nosso objeto, para melhor compreensão do genofenótipo, abrange desde as contribuições-chave da Biologia dialética de Levins & Lewotin (1995), até contribuições mais pontuais e norteadoras que foram efetuadas por pesquisadores latino-americanos em aspectos concretos da determinação histórica do biológico, como são as reflexões do uruguaio Penchaszandeh na Genética (Penchaszandeh, 1994), os estudos dos cubanos do Instituto do Trabalho sobre fisiologia, estresse e condição social, contribuições como as da brasileira Elizabeth Tunes (1992) para o restabelecimento da determinação social do crescimento infantil. Recentemente, inclusive, apareceu uma publicação da psicóloga Thomas, da Universidade Nacional da Colômbia (1994), na qual ela formula uma visão inovadora da participação da ordem sócio-afetiva (semântico-simbólico) na configuração do fenótipo, assunto que poderá ter relevo na Psico-Epidemiologia.

A expressão metodológica do que foi dito radica em dois pontos centrais: a unidade essencial, movimento e caráter contraditório do método em relação a essas mesmas características do objeto; a diversidade de técnicas de triangulação em correspondência com os domínios particulares do objeto.

Quanto a este último ponto, têm sido importantes os debates concebidos em torno do tema da complexidade entre os epidemiologistas matemáticos e os integrais. Parte desses materiais foram reunidos pela listagem eletrônica especializada EPIDEMIO-L, tendo sido particularmente úteis as contribuições de Almeida Filho

em seu tratamento a respeito da complexidade, com quem tenho muitas concordâncias neste terreno. Parece-me especialmente interessante a discussão porque se vão situando melhor os limites e possibilidades do *model fitting* e demonstrando, além disso, sua limitação ao campo da confirmação de comportamentos formais e de predição.

Como sustentei em trabalhos anteriores, não creio somente nos clássicos instrumentos estatísticos ligados aos sistemas dinâmicos regulares (como a análise da contingência, da variância, de correlação – como a regressão linear e logística, como a análise fatorial), mas também nos recursos matemáticos mais 'modernos', como os modelos de níveis múltiplos ou lineares hierarquizados (que permitem observar as estruturas de dados aninhadas – *nested* – ou padrões grupais em lugar de fatores individuais) e a análise caótica (para examinar o comportamento fragmentado de alguns processos de saúde).

No terreno das contribuições das técnicas intensivo-participativas há enorme terreno a escavar. Não somente para questionar as limitações dos procedimentos extensivos ou de enquête a Thiollent, mas para recuperar a riqueza das contribuições da Antropologia e das propostas participativas para a Epidemiologia. Nessa direção, e mais próximo de trabalhos 'clássicos' como os de Pêcheux (1969), Bertaux (1981) e Ferrarotti (1980), está a vasta contribuição de uma plêiade de cientistas sociais latino-americanos que resgataram as inadequadamente denominadas 'técnicas qualitativas'. No campo da Saúde há trabalhos de enorme importância tanto na ordem explicativa e pedagógica geral, como os de Cecília Minayo (1992), quanto aplicações específicas e muito lúcidas destas técnicas no conhecimento epidemiológico específico, dentre os quais um exemplo recente está na obra da colombiana Gabriela Arango sobre operárias têxteis (1991).

As contribuições instrumentais têm sido muitas. A necessidade de restabelecimento mostra-se também na inovação de instrumentos epidemiológicos para pesquisa e intervenção. Não é factível transmitir um inventário delas e sequer medianamente adequado a este trabalho. Diversos centros efetuaram contribuições de valor, demonstrando que se compreende serem os instrumentos 'teoria em ato' e também merecerem ser renovados. São exemplos: a produção de Laurell, Noriega e dos pesquisadores de centros brasileiros como Paulo Sabrosa, da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, da Universidade do Rio, os estudos de Naomar Almeida Filho em Salvador, as contribuições da Universidade Federal de Belo Horizonte nos sistemas RAP participativos e de geocodificação, em colaboração com o programa de Castilho na OPS, a participação

das Faculdades de Saúde Pública e Enfermagem da Universidade de Antioquia, as ferramentas para a planificação epidemiológica regional realizadas por Castellanos, da Venezuela, os instrumentos de investigação relativos ao trabalho incentivado por Kohen, em Rosario, as contribuições para a planificação da produção de Granda, Campaña, Betancourt e Yépez, no CEAS, e a Escola de Saúde Pública do Equador. Tais exemplos são apenas uma pequena mostra da diversidade de centros que se encontram trabalhando na implementação de novos recursos técnicos para a prática epidemiológica.

Esta rápida incursão acerca das possíveis linhas que podem ser integradas na consolidação da Epidemiologia não ficaria completa sem mencionar que também os grupos latino-americanos fizeram incursões na pesquisa participativa e no planejamento estratégico. Aqui se poderiam ressaltar como exemplos as contribuições indiretas para a Epidemiologia efetuadas por Mario Testa e Mario Rovere, assim como as propostas de Edmundo Granda para a organização dos domínios epidemiológicos ligados à ação estratégica. Casos de exemplificação que se complementam com o de Victor Valla, do Rio de Janeiro, e sua proposta de monitorização participativa.

Evidencia-se, assim, enorme acúmulo de trabalho, experiência e sistematização que a América Latina pode oferecer ao mundo e para cujo avanço e crescimento necessita também manter laços de colaboração com pesquisadores de outras latitudes.

## A Corrente Latino-Americana: Problema de Objetividade ou de Eficácia Simbólica

Já se disse que são os problemas do povo os que outorgam sentido profundamente humano e verdadeira racionalidade científica às categorias e técnicas que empregamos, bem como aos nossos debates e propostas. São esses problemas que constituem o referencial para medir quanto se aproximam as disciplinas científicas de sua maior perfeição.

Quando avaliamos nosso trabalho cotidiano e a capacidade conseguida no serviço de humanização da vida, devemos reconhecer que ainda falta muito a percorrer. Entretanto, o maior problema não reside tanto na falta de objetividade do nosso trabalho, mas na falta daquilo que Debray (1995) denominou "eficácia

simbólica" ou do que Bertrand (1989) reivindicou como a necessidade de ser subjetivamente eficiente para poder ser socialmente eficiente.

Nessa medida, torna-se indispensável fortalecer nossa criatividade, organização e redes de comunicação com a finalidade de aproximar o discurso da Saúde Coletiva à quotidianidade e à prática social e política das coletividades, bem como à prática do pessoal da saúde em geral e aos espaços democráticos do poder.

Diante dos vários e chocantes acontecimentos recentes, acreditei ser necessário enfocar aqui não tanto os pormenores metodológicos técnicos do nosso avanço, mas priorizar os desafios da construção conjunta. Hoje, a urgência é de pensar em voz alta sobre como colaborar, evitando esse academicismo *light* que nos reduz àqueles que Benedetti denuncia por sua falta de paixão, que "entendem o que está acontecendo, mas se limitam a lamentá-lo", denunciando, dessa maneira, "o globo democrático em que nos convertemos (...) tendo sido (...) serenos, objetivos, mas com uma objetividade que é inofensiva" (Benedetti, 1985).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. RE: *Krieger And the web of causation.* EPIDEMIO-L (Internet), 10 de nov., 1994.

ARANGO, G. *Mujer, Religión e Industria, Fabricato 1923-1982.* Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1991.

BACHELARD, G. *La Formación del Espíritu Científico.* México: Siglo XXI, 1981.

BENEDETTI, M. *La Tregua.* Madrid: Nueva Imagen, 1985, p. 144.

BERTAUX, D. *Biography And Society, The Life History Approach In The Social Sciences.* New York: Sage, 1981.

BERTRAND, M. *Elementos para uma Teoria Marxista da Subjetividade.* São Paulo: Vértice (Memórias de um Colóquio), 1989, p. 15.

BREILH, J. *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación.* 2.ed. Quito: Ceas, 1995.

DEBRAY, R. Régis Debray responde a las preguntas de Daniel Bougnoux. *Revista Correo de la Unesco*, feb., 1995.

FERRAROTTI, F. Les biographies comme instrument analytique et interprétatif. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 69:227-248, 1980.

HERRNSTEIN, R. & MURRAY, C. *The Bell Curve, Intelligence and Class Structure in American Life*. New York: The Free Press, 1994. p. xxi-xxii.

KRIEGER, N. Epidemiology and the web of causation; has anyone seen the spider? *Soc. Sci. Med.*, 39(7):887-903, 1994.

LEVINS, R. & LEWOTIN, R. *The Dialectical Biologist*. Cambridge: Harvard University Press, 1985.

MINAYO, C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.

OQUIST, P. La Epistemología de la Investigación-Acción. In: SIMPOSIO DE CARTAGENA SOBRE INVESTIGACIÓN CRITICA Y ANÁLISIS CIENTÍFICO. *Memorias del...* Bogotá: Ed. Punta de Lanza, 1976.

PÊCHEUX, M. *Analyse Automatique du Discours*. Paris: Dunod, 1969.

PENCHASZANDEH, V. Genética. Individuo y Sociedad. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, 6º, Guadalajara, 1994.

THOMAS, F. *De la Cópula al Amor*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1994.

TUNES, E. É possível uma visão holística do desenvolvimento da criança. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 2(2):15-22, 1992.

2

# VIOLÊNCIA, CIDADANIA E SAÚDE PÚBLICA*

*Saúl Franco Agudelo*

## INTRODUÇÃO

Tudo parece indicar que a violência está cumprindo seus objetivos em nossas sociedades. Consegue imobilizar pelo terror e emudecer pela força. Legitima o recurso à justiça por conta própria e pelas próprias mãos. Sua ação acaba por deteriorar Estados já debilitados pela corrupção, devido a falhas históricas e pela sobrecarga dos recortes e imposições neoliberais. Demonstra a eficácia que não exibem outras formas de resposta e resolução sociais. Tem penetrado todos os meandros da vida cotidiana, disciplinando indivíduos, famílias, instituições e países. Nem o mercado – o grande ordenador do velho e do novo capitalismo – escapa aos seus ditames. Existem mercados – o dos narcóticos e o das armas, por exemplo – que atualmente não são conquistados ou perdidos somente em função dos saldos em talões de cheques, mas também mediante saldos em sangue, torturas e morte.

---

* Tradução: *Cláudia Bastos*

A violência não é um fato marginal ou uma resposta ocasional nas relações inter-humanas e sociais neste final de milênio. Constitui-se mesmo na linguagem do momento, na forma de relação dominante. Tem-se revestido de um poder quase absoluto, que preenche de forma igual os vácuos do poder estatal e as inconsistências dos pactos da cidadania. Polimorfa e ubíqua, cresce na impunidade, ao mesmo tempo em que a reforça. É incomunicação e não acordo: não opção para a vítima. Imposição assimétrica, seus saldos são múltiplos, feitos de dor, morte, medo, impotência, ausências e desesperanças individuais e grupais, que já há tempos demandam análises, interpretações e ações de maior alcance e significado.

Considerando como já conhecidos os elementos conceituais básicos, as linhas gerais e o perfil factual e quantitativo da violência, este texto propõe-se a refletir, em primeiro lugar, sobre algumas das dimensões e particularidades mais significativas do problema na atualidade e, ainda, a arriscar algumas considerações que possam estimular a investigação e as ações cabíveis.

Se a Saúde Pública consiste em certa situação de bem-estar coletivo e a conseqüente sensação de desenvolvimento e usufruto da vida por parte das pessoas e de seus diferentes coletivos, a violência é força de sinal contrário. Esta dificulta ou impede o adequado funcionamento orgânico, decompõe a estrutura individual e social, além de amargar e impossibilitar a vida. Contudo, como a Saúde Pública é também o conjunto de ações e saberes acerca dos acontecimentos que potencializam, dificultam, expressam, explicam e avaliam o bem-estar coletivo, ela possui, diante da violência, um enorme conjunto de possibilidades e tarefas. Algumas vêm sendo adequadamente bem cumpridas, outras mal ou insuficientemente, e muitas outras nem as imaginamos ainda. Similarmente ao que acontece em outros campos da vida social, a violência – no âmbito da Saúde Pública – se de um lado a destrói, por outro demanda sua atuação, e essa área do conhecimento pode colaborar para a reconstituição daquela e para a busca de novas fundamentações valorativas, novas práticas científicas e novos campos de ação.

Como saber e arma de vigilância, diagnóstico e proposição de alternativas para a Saúde Pública, a Epidemiologia encontra também grandes desafios na violência. Contribuir para o reconhecimento do campo e construção de uma agenda para a Saúde Pública e para a Epidemiologia frente à violência é também objetivo deste trabalho.

Quando se propõe esta temática para discussão – Violência, Cidadania e Saúde Pública – há que pensar positivamente nas potencialidades que a catego-

ria 'cidadania' – como sistema e mecanismo de relações dos indivíduos com o Estado e dos indivíduos entre si em um marco de direitos e deveres compartilhados – oferece para o trabalho no campo da Saúde Pública e no enfrentamento social da violência. Reconhecendo o caráter ainda embrionário do esforço de explorar, relacionar e trabalhar em conjunto essas três categorias, que expressam realidades diversas e complexas, considero válida e promissora tal proposta temática e de ação.

Nesta negação sistemática de direitos, incluído o elementar à vida, que é a violência, e neste clima privilegiado para sua expansão, que é o sistemático descumprimento de deveres por parte do Estado, das instituições e dos indivíduos, evocar a partir da Saúde Pública o conceito e a prática da cidadania não somente tem lógica, mas também força, capacidade convocatória e tintas de esperança. Mas é preciso ir com cuidado! A categoria cidadania não é virgem nem órfã; possui história longa e complexa. Existem regiões em que pouco significa e grupos aos quais induz à produção de anticorpos. Por isso, não há que mitificá-la nem arquivá-la. Torna-se necessário desenvolvê-la e precisar seus alcances e limitações. Trazer à discussão a categoria 'cidadania' no campo da Saúde Pública e suas potencialidade na rede de reações sociais frente à violência é o terceiro objetivo deste texto.

Transcender os fatos, a denúncia e a rejeição, para facilitar a aproximação a uma linha mestra de análise da mensagem e dos desafios da violência; olhar da forma menos médico-convencional possível os campos do conhecimento e a ação da Saúde Pública e seus desafios e possibilidades perante o problema da violência; e, ainda, explorar as possibilidades do cidadão e da prática cidadã frente à violência a partir da Saúde Pública: são estes os eixos deste trabalho e um convite para muitos outros o sigam.

## Dos Fatos às Mensagens da Violência Atual

Qualquer das modalidades da violência é significativa e, por assim ser, pode-se prestar à busca da compreensão de algum aspecto da sua estrutura e dinâmica. Tanto que ao analisarmos a violência intrafamiliar – como as torturas, o maltrato aos idosos, as desaparições ou as violências sexuais – divisamos os elementos constitutivos da violência e se podem aventar hipóteses e propor planos de ação. Dado o objeto da presente reflexão e assumindo a 'intransferível' mar-

gem de subjetividade, destaco a seguir alguns aspectos da violência atual, por considerá-los de especial relevância em sua magnitude e significado e em sua capacidade premonitória. Eles expressam com clareza até onde chegamos na espiral de violência de que padecemos. E, para o tema aqui enfocado, evidenciam o grau de insanidade pública e insegurança social em que vivemos, a gravidade da deslegitimação estatal e a ruptura ou a deterioração das relações entre os cidadãos. Por contraste, colocam-nos também ante as enormes possibilidades que têm para contribuir no sentido do enfrentamento do problema global da violência, tanto mediante o exercício de uma cidadania enriquecida e atualizada em contextos de democracia real quanto dos conhecimentos e das ações da Saúde Pública exercida por cidadãos participativos.

## Assassinos de Aluguel ou Profissionalização da Morte

O dicionário da língua espanhola define *sicário* como assassino pago. O termo *justiceiro*, utilizado no Brasil, tem adquirido significado similar ao de sicário, ainda que etimologicamente justiceiro seja exatamente o oposto: quem observa e faz observar estritamente a justiça. O conceito de sicário destaca duas dimensões específicas no ato de matar: a da profissionalização e, em conseqüência, a da remuneração. Em razão de matar por dinheiro – e tão somente – estrutura-se a afetividade, molda-se o caráter, reorganizam-se os valores, temperam-se os nervos e exercita-se a pontaria para matar qualquer pessoa que o patrão designe, o alvo do exercício de tiro, o diferente. A tarefa, a razão social, a fonte de renda do assassino pago, é a morte. Vive-se para matar.

Para o assassino de aluguel, o justiceiro ou o membro de grupos de extermínio, segundo as diferentes denominações, mais que para nenhum outro, vale a conversão da máxima cartesiana do "penso, logo existo" para "mato, logo existo", formulada por reconhecido estudioso da violência na Colômbia (Restrepo, 1993). Mata-se por dinheiro, e, como diz o autor de *A Guerra dos Meninos*, "quem mata por dinheiro faz tudo por dinheiro" (Dimenstein, 1990). A quantidade de dinheiro é determinada em cada caso em função da riqueza do patrão, da importância da vítima e da hierarquia do matador valentão. Avalia-se a vida. Paga-se por proporcionar a morte. Por dar morte e por arriscar a própria vida. O assassino pago sabe que cada trabalho importa também em risco à sua própria vida.

Essa profissionalização demanda processo pedagógico, disciplina e escola; e elas existem. Existem escolas de assassinos pagos e justiceiros, com instru-

tores, guias, níveis, provas, avaliações. A escola de assassino ensina o que ensinam as escolas: transmitem valores, criam e difundem cultura – no caso, a de matar por dinheiro – forjam e assimilam códigos, desenvolvem habilidades e afetos. Ao terminar seu ciclo de formação, o assassino deve saber matar, deve ter assimilado seu ofício e seus riscos e deve ter transformado seu sentido da vida. Não é ela o essencial para o assassino. Por isso, o 'clã dos assassinos' tem sua linguagem, suas maneiras, seus rituais, sua cultura, seus instrumentos (Salazar, 1990; Oakley & Salazar, 1993; Vallejo, 1994).

A maioria dos assassinos de aluguel são adolescentes, de estratos sócio-econômicos médio-baixo e baixo. Até o momento, são raras as adolescentes mulheres assassinas e justiceiras, mas sua participação nos trabalhos de apoio é cada vez maior e é de supor que não tardaremos a registrar o assassino de aluguel feminino. O adolescente marginal convertido em assassino não atua autonomamente nem seleciona sua vítima. Por trás dele estão os autores, os ideólogos, os financiadores e organizadores do clã. Esses não são geralmente marginais, nem adolescentes ou de estratos baixos. Aí estão os que fazem a ponte com os tráficos de drogas ou de armas, os contatos de grupos econômicos poderosos que se sentem ameaçados e, com freqüência inocultável, os intermediários das organizações de segurança do Estado. Isto é, o clã dos assassinos não é questão marginal. São marginais os assassinos de aluguel e boa parte das vítimas. Mas o clã é dirigido e patrocinado valendo-se de diferentes centros do poder, sem que dentre eles se possa excluir os do poder estatal.

O assassinato e a ação dos grupos de extermínio não são universais, mas são formas de violência altamente expressivas onde já existem, constituindo séria advertência para os que ainda delas não padecem. Sua reedição e modernização evidenciam o cume no processo que poderíamos chamar de 'violentação' da sociedade. Isto é, a exaltação da eliminação do contrário e a elevação da força à categoria de pauta de ação, norma de comportamento e mecanismo de solução de conflitos. Configura o que mais adiante enunciarei como ordem violenta.

O clã dos assassinos é também a negação prática do monopólio da força e da aplicação da justiça por parte do Estado. Evidencia que o Estado tem perdido sua capacidade e sua autoridade para pautar e mediar os conflitos sociais e que, conseqüentemente, não somente o uso da força, mas também a decisão sobre a vida das pessoas, foram deixadas ao arbítrio de outros poderes e esquemas valorativos. Mais ainda, o clã dos assassinos é a negação de toda ordem jurídica e sua superação por uma única pauta: o contrário, o diferente, o devedor, o rival têm somente uma alternativa: morrer.

A subvalorização da vida humana, a definição de valor em dinheiro relativo à sua eliminação, a profissionalização da eliminação do contrário e o desconhecimento prático de toda pauta de convivência e ordenamento jurídico-legal arbitrado pelo Estado constituem os núcleos explicativos do clã dos assassinos. É ordem valorativa que expressa em nível particular uma das mensagens globais da violência hoje: uma defasagem ética, um desajuste nos valores que fundamentam a possibilidade das interações humanas e sociais.

A subordinação do valor da vida humana não somente ao valor do trabalho do assassino, mas – notadamente – aos valores, ordenamentos e interesses dos autores e financiadores do assassinato é um dos indicadores da ruptura de qualquer pacto social, de qualquer ordenamento cidadão e, se fosse possível formular a questão de modo positivo, um dos alvos para empreender ou reforçar os processos de confrontação da violência.

Ante o clã dos assassinos não basta, em conseqüência, catequizá-los, defender em abstrato o valor absoluto da vida humana e criar novas fontes de emprego. O desemprego é uma das faixas nas quais o clã dos assassinos encontra seus atores, mas não é a causa. Temos que buscar mais fundo na deslegitimação e impotência ou corrupção do Estado e seus aparelhos de justiça, na confrontação de poderes, na banalização da vida, na absolutização do dinheiro e na incapacidade da sociedade e dos Estados para pautar a convivência e garantir os direitos, isto é, para estabelecer uma ordem cidadã.

## EXCLUÍDOS

Excluído é categoria do mundo do mercado. Identifica aqueles produtos que podem e devem ser descartados e retirados de circulação porque nunca serviram ou já cumpriram seu papel. Somente recentemente temos chegado ao limite de aplicar a um segmento de seres humanos a mesma categoria: excluídos, "vidas sem valor" (Enzensberger, 1993).

Quem são? Não são sempre, nem em toda parte, os mesmos. Nas cidades do Brasil são sobretudo as crianças de rua e os adolescentes pobres, negros, de sexo masculino, habitantes das ruas ou das favelas (Minayo, 1990. CBIA/CLAVES, 1991). Nos Estados Unidos, ser negro, homem e jovem implica correr gran-

de risco de homicídio (McAllister, 1989). Mas ser, além disso, pobre, o insere no grupo de mais alto risco de ser assassinado (Navarro, 1991).

Este padrão classista, racial e etário dos excluídos é comum e quase constante em vários países. Mas há outros grupos que também chegam a sê-lo em determinados contextos políticos, culturais ou de conflito. São os mendigos, os drogados, as prostitutas, os travestis, os homossexuais, os oponentes políticos, os loucos que perambulam pelas ruas. Mais recentemente, em alguns países europeus, nos quais a xenofobia vem ressurgindo, o estrangeiro está também entrando na categoria de excluído.

Mais grave que a difusão e aceitação social da categoria e que a extensão e diversidade dos excluídos é a decisão de certos grupos sociais em eliminá-los. Pior ainda: é decisão nascida da convicção de fazer o que é correto socialmente, conveniente e útil. Assume-se como missão, como postulado darwinista, como 'limpeza social' (Camacho, 1994; González, 1995). Os encarregados da limpeza também variam. Em certas ocasiões são grupos de 'limpeza social' e 'milícias populares', criadas para tal à sombra de interesses particulares ou locais e em conseqüência da inoperância do Estado; em outras situações são grupos paramilitares. No âmbito dos oponentes políticos, são os mesmos grupos paramilitares e, inclusive, o próprio Estado por meio de seu aparato militar e de segurança. Os casos do Chile e da Argentina ilustram bem tal caso (CONADEP, 1985). Neste último país, as recentes declarações do capitão de fragata Adolfo Scilingo evidenciam uma vez mais a implicação do Estado e seu aparato militar, com a colaboração direta de médicos e igalmente, parece, com a tolerância cúmplice de setores da hierarquia católica.

Segundo uma lógica darwiniana, a implantação social da categoria excluídos conduz na prática à afirmação do direito à vida para uns e à condenação à desaparição e morte para outros. É a 'discricionalidade' da vida. À diferença do condenado à morte – mecanismo que também rejeito –, a quem se cobra o delito e com quem se pretende ensinar ao coletivo dentro de procedimento legalizado, muito embora sua legitimidade seja objeto de discussão, ao excluído se cobra sumariamente a diferença, a desfuncionalidade, a suposta inferioridade e potencialidade delituosa.

Ademais, ao aceitar esta lógica, a sociedade reconhece sua impotência para recuperar parte de seus membros e tecidos enfermos e opta, ativa ou passivamente, por autorizar, tolerar ou coonestar sua eliminação. Com o agravante, já enunciado, da diversidade e indefinição com que a categoria é interpretada e uti-

lizada, bem como a focalização que pode tornar idênticos grupos de mendigos, opositores políticos ou rivais do mercado.

Do ponto de vista da cidadania, o excluído é despojado de todos os seus direitos, é ator impotente e insignificante. Como se verá mais adiante, em sua origem liberal, cidadania era postulado igualitário. O excluído está fora de qualquer igualdade, de qualquer margem de direitos, de qualquer participação no organismo social. Ao considerá-lo como tal, nega-se-lhe sua entidade cidadã; e rompe-se todo o ordenamento cidadão ao eliminá-lo.

## Linchamentos e Justiça pelas Próprias Mãos

Na primeira semana de março de 1995, o cabo Flávio Ferreira, da polícia militar do Rio de Janeiro, protagonizou um fato já corrente, mas que a televisão converteu em paradigmático. Após imobilizar, desarmar e ter pisado um jovem que havia tentado assaltar uma drogaria na zona sul da cidade, fuzilou-o a sangue frio, sem saber que estava sendo filmado pela televisão. O fato é em si suficientemente significativo. Mas a reação da população é ainda mais significativa. Entre os entrevistados por um canal de televisão, 85% aprovaram a execução sumária. É também significativa a explicação de uma organização como Americas Watch para este tipo de evento: "a Polícia Militar no Brasil acredita que tem permissão para matar quando o sujeito é pobre, negro e ladrão" (La Rota, 1995).

Não somente a polícia pune com a morte. Anualmente, no Estado da Bahia, que não é exceção no Brasil, são cometidos em média cem linchamentos. Esta prática de execução imediata de delinqüentes ou suspeitos de sê-lo, sem julgamento e pelas mãos da multidão, remonta ao século XVIII e herdou seu nome do juiz do estado de Virginia, Charles *Lynch*. Os chamados Estados de Direito têm procurado evitá-los, mas sem êxito, tal como testemunhamos hoje em vários países latino-americanos.

Na Venezuela, que em 1994 teve a média de 14 homicídios diários, a prática do linchamento tem-se intensificado (Ugalde, 1994). Uma dessas vítimas, José Figueira, foi espancado, enforcado e pendurado em uma ponte por cerca de cem pessoas durante o segundo fim de semana de março de 1995, no setor de La Vega, em Caracas, cidade que – segundo a Polícia Técnica Judicial – registra na atualidade a média de 35 assassinatos a cada final de semana. A

opinião dos habitantes de Caracas entrevistados é também instrutiva: 57,2% aprovam esta prática de autodefesa.

Na Colômbia, país com as taxas de homicídio mais altas do mundo e com indicadores preocupantes com relação a quase todas as formas de violência, linchamentos praticamente não existem. Ali não são as multidões que ocasionalmente respondem excitadas à violência e aos delitos. O horror e o temor se internalizaram de tal forma, assim como a impunidade tem alcançado tais níveis, que já implicam na organização de outros para-estados, outra legalidade e outros aparatos: os 'paramilitares'. Nascidos no início da década de oitenta, estes grupos, originariamente relacionados com as assim denominadas 'autodefesas camponesas' e similares às 'rondas camponesas' do Peru, transformaram-se em organizações privadas anti-guerrilheiras, em agentes a serviço dos interesses e da proteção dos narcotraficantes e em braço secreto e impune dos próprios organismos de segurança do Estado (Americas Watch, 1994; Amnistia Internacional, 1994; Palacio, 1990).

São múltiplas as formas de ação dos paramilitares, mas há uma em cuja implantação eles têm tido papel preponderante: os massacres. São assassinatos coletivos em que morrem três ou mais pessoas durante uma única ação. Somente nos dez primeiros meses de 1994, no vale em que se situa a cidade de Medellín, ocorreram 43 massacres, com saldo de 179 vítimas; ou seja: um massacre por semana e quatro vítimas por massacre (El Colombiano, 1994). A ação do clã dos assassinos, do paramilitarismo e dos grupos de limpeza social tem sido tão eficaz que em um setor periférico de Medellín, convertido em local de descarte de suas vítimas, apareceu no final dos anos 80 um letreiro que dizia: "proibido jogar cadáveres".

O paramilitarismo é hoje uma das grandes dificuldades para o estabelecimento ou restabelecimento do assim denominado Estado de Direito para a concretização dos processos de negociação de conflitos. Sua força e presença são de tal ordem que, tanto diretamente como por intermédio de jornalistas e porta-vozes autorizados em países como a Colômbia, tem sido demandado seu reconhecimento como força beligerante e como interlocutor de qualquer intento de negociação política. A proposta do ministro da Defesa da Colômbia de criar o que ele tem denominado "cooperativas privadas de segurança" parece constituir a institucionalização do paramilitarismo.

Convém assinalar uma última modalidade da privatização e personalização da justiça, que é a exercida diretamente pela vítima. O caso recente dos habitantes da cidade de Corpus Christi nos Estados Unidos a ilustra tragicamente:

um trabalhador demitido de uma empresa regressa armado, assassina seis funcionários e logo após se suicida.

Duas realidades inter-relacionadas estão na base das distintas modalidades de fazer justiça por conta própria, individual ou grupal: 'saturação e impunidade'. A saturação se refere tanto às formas como às intensidades alcançadas pela violência que ultrapassam os níveis máximos de tolerância. Estamos quase tornando rotineiras formas de violência que constituem crimes de lesa-humanidade. E não existe, na prática – como veremos no a seguir – nenhum espaço da vida pessoal ou social em que não se tenha infiltrado a violência com grande intensidade.

Tenho cada vez menos dúvidas de que, ao lado da persistência e intensificação das 'iniqüidades' e das 'defasagens éticas' que vivemos, a impunidade constitui na atualidade, ao mesmo tempo, um indicador e um determinante essencial da persistência e incremento da violência. Ainda que etimologicamente a impunidade se refira à falta de castigo, gostaria de aqui ressaltar tanto a falta deste – isto é, a não-justiça – como, no que se refere ao conhecimento, a não-verdade. Ambas têm efeito letal sobre a consciência e sentimento de segurança individual e coletiva e sobre a credibilidade das instituições às quais a sociedade destina o papel de cuidar, vigiar, regulamentar e castigar – em especial, o Estado.

A impunidade é evidência da insuficiência ou incapacidade do Estado em estabelecer a verdade, ter o controle de suas diferentes instituições e aplicar as pautas sobre as quais fundamenta sua existência e ação. Implica, então, em deficiências de fundo na institucionalidade e na estrutura e funcionamento do ordenamento jurídico-legal (Zuleta, 1991). Mas, pior ainda, a impunidade pode expressar a cumplicidade e, mesmo, o compromisso e co-responsabilidade do Estado e suas instituições com as diferentes formas de violência. E quando a sociedade capta este significado, toca-se o fundo da legitimidade estatal e da confiança cidadã, e é quando se escancaram de par em par as comportas para os clãs de assassinos, os linchamentos, o paramilitarismo e as demais formas de justiça por conta própria.

Os teóricos da guerra sustentam que a primeira baixa das guerras é a verdade. Por isso, nos países que têm vivido intensos períodos e diferentes formas de guerra – máxima expressão da violência – foram criadas ou procurou-se criar 'Comissões da Verdade' como condição essencial para 'processar' socialmente os horrores, traduzi-los, na medida do possível, para o terreno da consciência coletiva e fundamentar as respostas necessárias. Os casos de El Salvador, Guatemala, Argentina e Chile são ilustrativos.

Não se trata somente da verdade como conhecimento, mas também como reconhecimento. Não basta saber o que foi, nem quem foi, nem como e nem de onde foi. É necessário que os protagonistas o reconheçam. É parte da mensagem das Mães da Praça de Maio, que por um momento deixaram de ser somente uma denúncia argentina para converter-se em símbolo universal da busca da verdade conhecida e reconhecida sobre a guerra suja. E é também importante que o Estado reconheça que, como tal, e não indiretamente por meio de um militar isolado, é responsável.

Recentemente, na Colômbia, o atual presidente da República reconheceu a responsabilidade estatal nas ocorrências violentas do município de Trujillo, aonde foram brutalmente torturados e assassinados, por grupos paramilitares, 107 camponeses, artesãos, líderes comunitários, informantes, testemunhas e um sacerdote, com evidente co-responsabilidade dos organismos de segurança do Estado e cumplicidade de instâncias jurídico-legais (Comisión de Trujillo, 1995).

Não é bom medicalizar a violência. Toavia, fosse ela uma doença, seria incurável, enquanto não fosse rompido o cerco da impunidade mediante o conhecimento da verdade dos acontecimentos violentos e do reconhecimento e sanção social imposta aos responsáveis, recuperando-se assim a credibilidade social na possibilidade de restabelecimento de relações cidadãs mediadas e garantidas pelo Estado.

## Ordem Violenta

Entendo por tal denominação o conjunto de representações e formas de relações inter-humanas e sociais predominantemente pautadas pela violência. Isto é, aqueles valores, comportamentos e 'modos de operação' sociais nos quais, excedida a legitimidade estatal e a possibilidade da interação cidadã, a violência em suas diferentes modalidades converte-se em critério, norma, representação e valor socialmente dominante. Possivelmente configura o resultado final do que Luis Carlos Restrepo denomina a conversão da violência em estratégia de socialização, mediante a modificação das estruturas de comportamento, o achatamento da singularidade e a eliminação da diferença pelo terror (Restrepo, 1995).

A ordem violenta manifesta-se por meio da penetração e instalação da violência: em todos os cenários da vida social; em todos os grupos etários (OPS, 1993; Franco, 1994); nas relações de gênero (Londoño, 1994. Colectivo CEAS, 1994); nas formas de dirimir os conflitos, as diferenças e as lutas de poder (Pé-

caut, 1991; González, 1995; Perea, 1995); nas relações familiares, (Gaylin et al., 1994), interpessoais, interinstitucionais e internacionais; na vida cotidiana (De Roux, 1994; Restrepo, 1995); no imaginário coletivo, nas representações culturais (Henao, 1991) e na escala valorativa (De Roux, 1991).

A violência é ubíqua e absoluta, substituindo a palavra e o argumento, silenciando a razão, criando heróis e normas, regulando os tempos, os espaços, os gestos, as palavras e as idéias, destruindo o gozo, os sonhos e a vida. É a intolerância à diferença e o império do medo e da impunidade. Conforma uma rede por vezes invisível, mas sempre presente. É um ambiente, um clima, uma maneira não escolhida de ter que andar pelo mundo.

Resguardadas as diferenças nas modalidades e intensidades, tudo leva a crer que em vários países se padece hoje de uma ordem violenta. O clã dos assassinos, a aceitação e a eliminação dos excluídos, os linchamentos e o paramilitarismo fazem parte da identidade e do funcionamento desta ordem. Mas não somente estes integram tal configuração, também o autoritarismo dos pais e mestres, a marginalização dos velhos, as discriminações contra as mulheres, o maltrato e abandono das crianças, o seqüestro e os desaparecimentos. Instaura-se na rua e na escola, em casa e nos estádios, nos meios de comunicação e na música, na palavra e nos gestos. Realiza-se plenamente quando o internalizamos, isto é: quando não nos damos conta de que vivemos sob ele ou o aceitamos como o que deve ser, como o modo de ser possível e regular.

A ordem violenta, que é subversão valorativa, cultural, política e social, somente é superável mediante uma subversão de sinal contrário. O sinal contrário pode ser o da dignidade da vida, da tolerância à diferença e da intolerância à iniqüidade; e mais: a comunicação, a democracia real, o exercício dos direitos e o cumprimento das responsabilidades, questões que não se esgotam, mas que em parte se expressam adequadamente sob os conceitos renovados de cidadania e exercício cidadão.

## CIDADANIA E SAÚDE PÚBLICA

### SOBRE A CIDADANIA

Fora do seu contexto de natureza sócio-espacial referido tanto ao fato de ser habitante das cidades nascidas na Europa, a partir do século XI, como às for-

mas de relação e participação que decorriam do fato de coabitar o espaço urbano, a categoria 'cidadania' faz parte da concepção e das práticas liberais. Dentro da tradição liberal, cidadania faz referência essencialmente a um sentido de pertencimento igualitário a determinada comunidade política. É, portanto, categoria de mediação na relação Estado-indivíduo.

O cidadão liberal é o indivíduo sujeito de direitos e deveres, mediados pelo Estado, em uma coletividade e territorialidade determinadas. A igualdade cidadã liberal se estabelece justamente em relação aos direitos e deveres políticos, pois em nenhuma medida pretende alterar as desigualdades preexistentes e persistentes de gênero, raça, rendas ou cultura. De fato, o peso real de algumas destas diferenças vem demonstrando recentemente as tensões e limitações da cidadania liberal. A situação atual das minorias nos países mais desenvolvidos é bom exemplo. Engendrou-se como que uma estratificação de cidadãos de primeira, de segunda e de terceira, contrariando uma vez mais o postulado inicial do igualitarismo cidadão.

Segundo os estudiosos do tema, a categoria vem enriquecendo seu conteúdo na medida em que se vai ampliando o espectro de direitos conquistados. Dos direitos civis avançou-se aos direitos políticos e, somente depois da Segunda Guerra Mundial, deu-se ênfase aos direitos sociais no chamado Estado do Bem-Estar (*Welfare State*). Claus Offe (1990) destaca que, no Estado moderno, os cidadãos se relacionam de três modos básicos com a autoridade estatal: como criadores de sua soberania; como objetos potenciais da autoridade e da força do Estado; como clientes dos programas e serviços coletivos que ele presta.

A cidadania refere-se também à relação com as instituições que vão sendo criadas para expressar e garantir os diferentes direitos. As mais clássicas, na tradição liberal, são as que dizem respeito ao exercício do voto, campo no qual se considera que alcançam sua máxima expressão o caráter igualitário da cidadania e a outra dimensão essencial da democracia liberal: a representação (Campos, 1991). Este mesmo autor desenvolve a tensão entre 'subjetividade' e 'cidadania'. Ao passo que a subjetividade ressalta a autonomia, a liberdade, a diferença entre o individual e o individualista, a cidadania desenvolve a dependência estatal, a igualdade, a regulação, o exercício de direitos e deveres. Em conseqüência, segundo seu conceito, dentro da teoria política liberal é mais amplo o princípio de subjetividade que o de cidadania.

## Saúde Pública como Espaço de Construção de Cidadania

Se consideramos 'a saúde como direito social' e o Estado como primeiro responsável em garanti-la, o campo da Saúde pode ser visto também como espaço de cidadania. A Constituição do Brasil tem um enunciado categórico a esse respeito: "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado". Pode-se argumentar que não é dever somente do Estado, mas também dos cidadãos e de outras instituições. Contudo, o essencial neste primeiro sentido é que, como objeto de direitos e deveres, a saúde é questão de cidadania. Ademais, levando em conta a terceira das três modalidades de relação cidadão-Estado enunciadas por Offe (1990), cada pessoa configura e exerce também sua cidadania enquanto 'cliente potencial' dos serviços estatais de saúde de seu país.

Logicamente, considerar a saúde como direito social transcende o sentido convencional de saúde como espaço de luta e enfrentamento da doença e nos coloca no terreno da 'Saúde Pública'. E isto se dá em dois sentidos: na medida em que o mundo dos direitos sociais transcende o 'cuidado' para com a identidade e o funcionamento biológico-individual, e ao passo que se introduz a relação dos indivíduos, transformados em cidadãos, entre si e o Estado.

A Saúde Pública é campo múltiplo de conhecimento e de ação. Em seu desenvolvimento, tem tomado diferentes vertentes em função dos desdobramentos científico-tecnológicos, das realidades que enfrenta, das práticas que impele e dos interesses e poderes em jogo (OPS, 1992). Uma das vertentes, até, a tem considerado predominantemente como o conjunto de ações e serviços estatais em saúde – o denominado setor público – atribuindo-se aos sanitaristas a tarefa de administrá-los.

Esta visão de prática de Estado e burocrático-administrativa concernente à Saúde Pública vem provocando crises, devido tanto às suas próprias insuficiências como às críticas formuladas com base em enfoques mais compreensivos e, em particular, à ofensiva privatista neoliberal. Sem reduzi-la ao setor público, com diferenças de conteúdo e intensidade, todas as vertentes da Saúde Pública reconhecem sua dimensão estatal e as implicações da relação do Estado com a saúde dos cidadãos.

Como foi enunciado na introdução, entendemos aqui por Saúde Pública a 'situação e sensação de bem-estar coletivo', os respectivos 'conhecimentos' sobre sua natureza, determinantes, manifestações e funcionamento, assim como as conseguintes 'práticas' sociais e estatais que a garantem. Recentes discussões regionais sobre o tema (Escola de Salud Pública de Quito, 1993) têm desenvolvido

tanto a tripla dimensão – científica, política e de ação –, como as especificidades, dimensões e implicações atuais do papel do Estado, da população e dos profissionais na Saúde Pública. Muito possivelmente, a formulação se situa em um ponto eqüidistante do estatismo e da burocracia – ainda que já superados – e da corrente que vê na privatização e no abandono às leis de mercado a alternativa modernizadora para a Saúde Pública e a Seguridade Social. A formulação aproxima-se do exercício democrático em saúde; da prática científica rumo à busca de solução para os problemas, em saúde, da prática social e da vida cotidiana das populações, e da defesa não somente da eqüidade em saúde, mas da 'vida' (Campos, 1991; Franco, 1993).

Com relação ao exposto, citarei como expressiva a primeira convocatória da Declaração de Quito, que resumiu as discussões da reunião andina sobre o desenvolvimento da Saúde Pública. Diz assim:

> *Defender o valor da vida humana no que se refere às suas condições de existência, à convivência pacífica e ao irrestrito direito à saúde de toda a população como encargo básico da sociedade e supremo objetivo da Saúde Pública. Em conseqüência, a ação estatal deve priorizar a resposta às necessidades de seguridade social e de saúde da população. Os interesses e objetivos econômicos devem subordinar-se a este imperativo social.* (ESPQ, 1993:107)

Entendida assim a Saúde Pública e ampliando o espectro da cidadania, suas relações, sem dúvida, tornam-se mais claras e suas possibilidades maiores. A cidadania – a que fazemos referência neste texto – não é somente a legal com o fito de poder negociar e votar em determinada idade. Nem a de ser clientes passivos de serviços públicos de segunda classe. Tampouco a do igualitarismo formal, a contrapelo da realidade econômica e político-social.

Campos, um dos teóricos anteriormente citados da cidadania, formula a possibilidade de se pensar em novas formas de cidadania que enfatizem os aspectos coletivos, os critérios e formas de participação e um melhor equilíbrio entre subjetividade e cidadania e entre representação e participação. Pode-se afirmar que se trata da cidadania como identidade e exercício político em uma democracia real e participativa. É esta cidadania de consciência de direitos, de responsabilidade nos deveres, de participação ativa na construção do bem-estar coletivo, de respeito à diferença e maturidade nas relações indivíduo-indivíduo, indivíduo-Estado, grupo-Estado, indivíduo-instituição a que importa e a que abre novos horizontes à Saúde Pública.

Dentro deste enfoque de cidadania, no âmbito de uma democracia participativa, conseqüentemente, o cidadão deixa de ser o objeto passivo de políticas sociais verticais, para transformar-se no sujeito-agente de diminuição das desigualdades econômicas e sociais (Fleury, 1992). As políticas sociais e sua implementação deixam também de ser algo eternamente postergado ou concessões generosas e humanitárias do governante de cada ocasião, para converter-se em objetivos prioritários da sociedade, do Estado e da ação cidadã.

Especificamente, no campo da Saúde Pública, o paciente da medicina clínica, que é algo assim como um cidadão inválido ou menor de idade, é substituído pelo cidadão, sujeito de direitos e deveres. O objeto da Saúde Pública deixa de ser a gestão do setor público e se amplia na direção do cuidado e defesa da vida e do bem-estar coletivo. Substitui-se então, como protagonista, o sanitarista burocrata pelo cidadão e, quanto ao mecanismo de ação, a participação instrumental e manipulada pela participação criativa e decisória.

A Saúde Pública pode ser espaço de construção de cidadania, de ação, de relações e de possibilidades cidadãs como campo de conhecimento e de ação em defesa do direito à vida, do direito à saúde e ao bem-estar coletivo como espaço da ação estatal em saúde, bem como frente de atuações coletivas e participativas pela saúde.

Como forma de relação pautada por direitos e deveres mutuamente reconhecidos e mediados pelo Estado, como mecanismo de comunicação e interações e de participação do indivíduo na construção do público, a cidadania pode ser também um ambiente social, uma forma de comportamento e um código valorativo contrário à violência. A conquista e a garantia do exercício cidadão, na vida cotidiana e em todos os espaços da vida coletiva, é tarefa de reconstrução social de sinal contrário à violência. Ademais, como já se comentou, a cidadania supõe a vigência do assim denominado Estado de Direito e, portanto, de uma regulação do uso da força no conflito social. Porque, convém dizê-lo, confrontar-se com a violência não pressupõe a postura ahistórica de negação do conflito, mas sim a priorização de sua resolução sem o extermínio e a negação dos direitos do contrário.

## SAÚDE PÚBLICA E EPIDEMIOLOGIA FRENTE À VIOLÊNCIA

### VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Por seus efeitos contrários ao bem-estar individual e coletivo, pela destruição de milhares de vidas humanas e devido à intensa redução da qualidade de

vida para as pessoas próximas às vítimas afetiva, política e socialmente, e ainda, pela limitação no exercício dos diferentes direitos, a violência tem efeitos graves e negativos sobre a Saúde Pública definida nos termos já enunciados. Ainda mais, sua magnitude intensiva e extensiva, a multiplicação de suas conseqüências e a tendência a seu incremento convertem hoje, em nível internacional, a violência em um dos principais problemas da Saúde Pública.

Existem países, aliás, em que a violência tem-se constituído, de longe, no principal problema de Saúde Pública. A Colômbia, entre eles, é um caso alarmante. Na última década morreram naquele país mais de 230 mil pessoas somente por homicídios, o que equivale a perder anualmente a totalidade de residentes em uma cidade com 23 mil habitantes. Para ter um ponto de referência, nos Estados Unidos, país cuja população é sete vezes maior do que a da Colômbia, foram registrados durante a década de 80 – considerada lá como a mais violenta do presente século – 215 mil homicídios (Mercy, 1993). Ou seja: a taxa de homicídios colombiana é sete vezes maior que a dos Estados Unidos. Os homicídios respondem ademais pela quarta parte – 24,6% – do total de Anos de Vida Saudáveis Perdidos – AVISA – na Colômbia (Ministério da Saúde, 1994).

O tema 'violência' tem sido objeto de preocupação da Saúde Pública e da Epidemiologia há mais de um quarto de século. Apenas recentemente a Organização Mundial de Saúde e sua regional para a América chamaram seriamente a atenção sobre o problema (OMS, 1993; OPS, 1995). Vários países têm estruturado programas de Saúde Pública visando a cooperar para o enfrentamento da violência, e tem havido importantes contribuições para sua compreensão e abordagem a partir da vertente acadêmica da Saúde Pública.

Apesar dos avanços na Epidemiologia da Violência, em Vigilância Epidemiológica e em ações de Saúde Pública diante do problema, é preciso reconhecer um preocupante desequilíbrio tanto entre sua magnitude e o trabalho realizado, como entre a abundância descritivo-quantitativa e a relativa pobreza analítico-propositiva das investigações realizadas a partir da Epidemiologia e da Saúde Pública. Com o agravante de que, ao procurar estabelecer relações empíricas e ordens de causalidade de qualquer associação simples, pode-se cair no risco de interpretar de forma errônea a realidade e, eventualmente, formular ações ou tratamentos meramente sintomáticos e igualmente inadequados.

Duas associações freqüentemente utilizadas são ilustrativas e, dada sua importância, merecem um breve comentário. A primeira refere-se à associação entre nível sangüíneo de álcool e violência. O fato de que altas percentagens das vítimas de certos tipos de violência – em especial feridos e mortos em brigas e

assaltos – tenham concentrações sangüíneas de álcool acima das toleráveis, não implica que o consumo de álcool seja 'uma causa' da violência. Ele pode ser condição que aumenta o risco e mesmo pode provocar o rompimento de inibições e a liberação de condutas subjacentes. O próprio alcoolismo já é expressão de problemas maiores que requerem análises e manejo específico. Sem dúvida, reduzir o consumo de álcool pode contribuir para a diminuição, no tempo, de certos tipos de violência, o que se reflete rapidamente em estatísticas descritivas. Mas é terapia sintomática para mal estrutural.

Com o porte de armas ocorre algo similar. As associações estatísticas entre a disponibilidade pessoal ou doméstica de armas e a freqüência de homicídios e suicídios são alarmantes. Nos Estados Unidos, país com reconhecida participação no tráfico de armas e altas taxas de porte destas, com média de 65 homicídios diários e mais de uma mulher violada por minuto, abundam os estudos a respeito (Kellerman et al., 1992; Kellerman et al., 1993; Sloan et al., 1988). Mesmo assim, têm sido desenvolvidas campanhas importantes para diminuir o porte doméstico e pessoal, em especial entre adolescentes, contra poderosos grupos defensores do negócio das armas. Referendando o sentido positivo das campanhas, persistem as mesmas considerações relacionadas com o consumo de álcool e duas perguntas adicionais para a Epidemiologia da violência: a que distância do fato deve estar o risco para que se considere forte a relação? Quais são os critérios para decidir sobre qual dos diversos riscos atua de fato e em que ordem?

## PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Herdeira da sabedoria popular de que "é melhor prevenir do que remediar", a Saúde Pública tem como premissa de sua ação no campo no qual atuamos a de que 'é possível prevenir a violência'. A premissa é certa e muitas ações conseguintes são também válidas. Mas a prevenção não é somente questão de modificar fatores de risco pontuais e condutas desviadas. A prevenção da violência, em suas raízes, significa também modificações de fundo na cultura, nas práticas políticas, no ordenamento econômico e na institucionalidade vigente. Transcender as relações imediatas e contribuir para o reconhecimento dos quadros reais, as mensagens cifradas da violência, é uma das tarefas urgentes na agenda da Saúde Pública frente à violência.

O caso da violência intrafamiliar é bom exemplo. Obviamente necessita-se descrevê-la, mapeá-la, quantificá-la e olhar o meio ambiente imediato. E, para isso, exigem-se medidas e ações de curto, médio e longo alcance. Mas, uma vez

que são sua própria estrutura e dinâmica básicas, os altíssimos índices de violência neste espaço socialmente mitificado não estarão indicando aquelas que estão em crise e que, em conseqüência – além de reconhecer os antecedentes de cada grupo familiar ou de promover terapias familiares –, chegou a hora de aceitar e construir modificações essenciais à estrutura familiar?

Algo similar em outro nível do problema pode estar acontecendo com o circuito violência-narcotráfico-narcoconsumo. Até agora os sanitaristas têm procurado manter-se ausentes ou têm sido pusilânimes, para dizer o mínimo, perante o problema. E a sociedade em seu conjunto, conduzida pelos poderes e interesses dominantes, mostra-se maniqueísta na formulação e no modo de lidar com o tema: têm sido estabelecidos estereótipos de bons e maus, culpados e vítimas em nível de pessoas, grupos e países.

Não serão já suficientes os níveis de violência, as evidências da relação entre narcotráfico-narcoconsumo e certas violências, bem como as insuficiências dos modos de lidar com a questão; não serão todos esses fatores sintomáticos para que se procure atingir os núcleos reais do problema, superando os estereótipos e a dupla moral, buscando entrever e apoiar os novos ordenamentos econômicos, sócio-políticos, éticos e culturais que seguramente estão por nascer?

Não parece ser com outra guerra que a sociedade vai resolver o problema do mercado e do consumo dos narcóticos. Nem parece ser com a fumigação dos cultivos e dos plantadores, convertidos em novo tipo de excluídos, que se erradicará o problema. Nem parece eticamente sustentável que os sanitaristas continuem encerrados em teorias exclusivamente comportamentais e em centros de recuperação de drogados, ao passo que os efeitos perversos da manipulação ideológica do circuito violência-narcotráfico-narcoconsumo continuam sendo ampliados aceleradamente. Questionamentos similares podem valer, ou ter equivalentes, para outras modalidades de violência.

Como ciência e como prática social é possível que, tomando-se por base problemas como a violência, a Saúde Pública esteja começando a confrontar-se com questões desta natureza. É óbvio que entendê-los e enfrentá-los não é sua tarefa exclusiva. São tarefas sociais, transdisciplinares, interinstitucionais, transnacionais, multifocais. No âmbito das quais, porém, cada pessoa, cada instituição, cada campo prático ou disciplinar pode e deve fazer muito. A Saúde Pública pode, pode exemplo, trazer contribuições substanciais: rompendo com sua medicalização e seu imediatismo; ampliando o leque da prevenção, aproximando-se mais de outros cenários, de outros atores e outras linhas de força da realidade; sintonizando-se melhor com o cotidiano.

Ampliação temática, rigor científico, participação cidadã, maturidade ante o Estado, defesa da vida, promoção da saúde, prioridade da realidade e democratização do saber e das práticas podem ser algumas das pautas para o plano de vôo da Saúde Pública no final do milênio, tanto em face da violência como perante o conjunto dos problemas que tem de enfrentar.

## INSEGURANÇA SOCIAL: EFEITO E EXPRESSÃO DAS VIOLÊNCIAS

No clima atual de insegurança e violência, a 'segurança social' converteu-se em um dos grandes temas e campos de luta, estudo e legislação. Obviamente as diferentes versões do neoliberalismo têm aproveitado a conjuntura para reduzir as reformas aos aspectos assistenciais, gerenciais, financeiros e de seguros econômicos voltados para riscos específicos, escancarando as portas do mercado da doença ao capital privado transnacional e, ainda, tratando de converter o Estado em árbitro do mercado e cúmplice das iniqüidades existentes, de seu potencial agravamento e do conseguinte incremento da violência.

A segurança social é mais que isso (González Posso, 1994; Fundação Konrad Adenauer, 1994): deve ser entendida como sentimento e condição coletiva de que a sociedade e o Estado garantam a todos a proteção essencial, o respeito à vida e aos direitos cidadãos, além de assegurar as condições básicas para a realização das potencialidades vitais e para enfrentar os riscos do adoecer, estar desempregado, envelhecer e morrer. Aprisionados em esquemas acadêmicos ou em gestões administrativas, distantes do pulso social e ainda desestimulados por qualificativos depreciativos não totalmente gratuitos, os sanitaristas têm tido, em geral, participação irrelevante nos processos de reforma dos sistemas de Seguridade Social. Sem nenhuma pretensão monopólica e com clara visão dos alcances e complexidades do tema, a segurança social deve figurar nas primeiras linhas da agenda da Saúde Pública no enfrentamento da violência e em sua luta pelo direito à vida e ao bem-estar.

## ARTICULAR O TRABALHO EM SAÚDE PÚBLICA EM TORNO DA CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA PELA VIDA

Há um ano, no Sexto Congresso Mundial de Medicina Social, apresentei a proposta de concentrar o trabalho científico e político da corrente médico-social em torno da construção e implementação de 'uma Agenda pela Vida' (Franco, 1994). O Congresso a acolheu em seus debates e em sua declaração final; algo tendo sido feito desde então. Mas a deterioração da qualidade de vida continua

em ritmo tão acelerado, e a violência – com a conseqüente negação de direitos humanos, em especial o direito à vida – tem-se intensificado de tal forma, que não vacilo em aproveitar esta excepcional oportunidade para exortá-los a articular o trabalho da Saúde Pública e da Epidemiologia frente à violência, em torno da mesma proposta de uma agenda pela vida.

Na prática, a proposta consiste em levantar e sustentar o tema do 'direito à vida', à sobrevivência digna e à convivência nos espaços interpessoais, sociais e internacionais como a grande tarefa comum no final do milênio. Com base em seu reconhecimento e fundamentação, assinalar os principais obstáculos, forças e realidades contrárias e, por conseguinte, os caminhos e mecanismos mais adequados para superá-los. Mais: como não é somente questão de boa vontade, mas de decisões e recursos, contribuir de comum acordo com os atores implicados nos distintos cenários e níveis grupais, estatais e sociais, com a decisão política, os recursos e os mecanismos de ação requeridos.

É óbvio que esta é tarefa que ultrapassa as possibilidades de um campo disciplinar e uma prática específica, como a Saúde Pública, por exemplo. É claro também que demanda tempo e que, ao implicar e afetar poderes e recursos, pode haver oposições reais, encobertas por trás de retóricas fáceis ou de interesses sectários. Mas é possível! E somente a soma crescente de decisões, vontades e recursos poderá conseguir que a Agenda pela Vida deixe de ser utopia e se converta em uma das forças motrizes e em uma das chaves da carta de navegação das transformações e ações necessárias para que a vida seja viável, digna e, oxalá, feliz para todos os seres humanos.

## Referências Bibliográficas:


Americas Watch. *Estado de Guerra: violencia politica y contrainsurgencia en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores-IEPRI-CEI, nov. 1994.

Amnistia Internacional. *Violencia Politica en Colombia: mito y realidad*. Madrid, mar. 1994.

Camacho, G. A. *Dimensiones de la Democracia y la Violencia en las Américas*. Washington: OPS, 1994. (Mimeo.)

Campos; G. W. S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

CBIA/CLAVES. *Levantamento sobre extermínio de crianças e adolescentes no Brasil.* Rio de Janeiro, jul 1991. (Mimeo.)

COLECTIVO CEAS. Mujer, Trabajo y Salud. Quito, 1994. (*Mujer y Salud)*

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LOS SUCESOS VIOLENTOS DE TRUJILLO, caso 11.007 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Informe Final.* Santafé de Bogotá, Colombia, fev. 1995.

CONADEP. *Nunca Más: Informe de la Comisión Nacional sobre la desaparición de las personas.* Buenos Aires, 1985.

DE ROUX, F. Fundamentos para una ética ciudadana. *Colombia: una casa para todos; debate ético.* Santafé de Bogotá: Programa por la Paz, 1991.

DE ROUX, G. Ciudad y Violencia en America Latina. *Cuadernos de Salud y Desarrollo,* Corporación Salud y Desarrolo, 2:5-27, ag. 1994.

DIMENSTEIN, G. *A Guerra dos Meninos.* São Paulo: Brasiliense, 1990.

ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE QUITO-(ESPQ). Organización Panamericana de la Salud. Salud Pública: Ciência, Política y Acción. *Memorias de la Primera Reunión Andina sobre Desarrollo de la Teoria y la Práctica en Salud Pública.* Quito, set. 1993.

EL COLOMBIANO. Asesinatos Múltiples en el Valle de Aburrá, 1994. Medellín, terça-feira, 25 out. 1994. p. 11a.

ENZENSBERGER, H. M.- Todos somos la guerra civil. *Nexos*: 33-39, set. 1993.

FLEURY, S. (Org.). *Saúde: coletiva? – questionando a onipotência do social.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

FRANCO, S. La Salud Pública en el Contexto Latinoamericano. In: *Documento* n.6. Universidad de Santo Domingo, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Salud Pública. Santo Domingo, 1993.

FRANCO, S. La salud ao final del milenio. *Cuadernos Médico-Sociales*, CESS, 68:39-55, jul. 1994a.

FRANCO, S. Violencia y Adolescencia. *Cuadernos de Salud y Desarrollo*, Corporación Salud y Desarrollo, 2:28-46, ag. 1994b.

FUNDACIÓN KONRAD ADENAUER. *Seguridad Social: derecho fundamental y base para el bien común.* Bogotá: Union Gráfica, 1994.

GAYLIN, N.; SADLIER, K. & S., S. M. The effects of chronic community violence on Colombian children and their families. *Final Report,* set. 1994. (Mimeo.)

GONZÁLEZ, F. E. Reflexiones generales sobre la violencia y la paz en Colombia. *Revista Nomadas*, Fundación Universidad Central, (2):45-58, mar./ag. 1995.

GONZÁLEZ POSSO, C. (Ed.) *Universalidad de la Salud: otro reto de fin de siglo.* Bogotá: Corporación Salud y Desarrolo, 1994.

HENAO, H. Violencia y Paz: una mirada desde la antropologia. In: Seminario Interdisciplinar sobre Violencia y Paz en Colombia. *Artesanos de la Paz.* Santafé de Bogotá, 1991.

KELLERMAN, A.L. et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *The New England Journal of Medicine,* 327(7):467-472, ag. 1992.

KELLERMAN, A.L. et al. Gun ownership as a risk factor for homicide in the home. *The New England Journal of Medicine,* 329(15):1084-1091, out. 1993.

LA ROTA, A. Brasil: justicia por mano propia. *El Tiempo,* mar. 18 1995. p. 12ª.

LONDOÑO, A. Democratizar la vida afectiva: notas acerca de la violencia contra las mujeres. *Cuadernos de Salud y Desarrollo,* Corporación Salud y Desarrollo, 2:47-54, 1994.

MCALLISTER, B. To be young, male and black. *The Washington Post.* 28 dez. 1989. p. 1.

MERCY, J. A. et al. Public Health policy for preventing violence. *Health Affaire,* p. 7-29, 1993.

MINAYO, M. C. A Violência na Adolescência: um problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública,* VI(3), jul./set. 1990.

MINISTERIO DE SALUD. La carga de la enfermedad en Colombia. Santafé de Bogotá, 1994.

NAVARRO, V. Race or class or race and class: growing mortality differentials in the United States. *International Journal of Health Services,* 21(2):229-235, 1991.

OAKLEY, P. & SALAZAR, M. C. *Niños y Violencia: el caso de América Latina.* Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1993.

OFFE, C. *Contradicciones en el Estado de Bienestar.* Madrid: Alianza Editorial, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). La Violencia: aspectos de salud. Salud Mundial. *Revista de la Organización Mundial de la Salud,* ano 46, n. 1, jan./fev. 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS). La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. *Publicación Científica* n. 540. Washington, D.C., 1992.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS.) Violencia y salud. *Documento* CD37/19, Anexo 1. Washington, D.C., 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS.) *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana,* 118(2):170-174. Washington, fev. 1995.

PÉCAULT, D. Colombia: violencia y democracia. *Análisis Político,* Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales. Universidad Nacional de Colombia, 13:35-49. Santafé de Bogotá, 1991.

PEREA, R. C. M. *Porque la Sangre es Espíritu: imaginario y discurso político en las élites capitalinas, 1942-1949.* Santafé de Bogotá, 1995. (No prelo).

RESTREPO, L. C. "Mato, luego existo": dimensión simbólica de la violencia. *Revista Colombiana de Psicología*. Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia, nov. 1993.

RESTREPO, L. C. Democracia vivencial y cultura de la convivencia. *Revista Nomadas*, Fundación Universidad Central, (2):60-67, mar./ag. 1995.

SALAZAR, A. *No Nacimos Pasemilla*. Cinep - Corporación Región. Bogotá, 1990.

SLOAN, J. H. et al. Handgun regulations, crime, assaults, and homicide. *The New England Journal of Medicine*, 319:1256-1262, nov. 1988.

UGALDE, L. et al. *La Violencia en Venezuela*. Caracas: Monte Avila Ed., 1994.

VALLEJO, F. *La Virgen de los Sicarios*. Bogotá: Alfaguara Hispánica, 1994.

ZULETA, E. *Colombia: violencia, democracia y derechos humanos*. Bogotá: Altamir Ed., 1991.

3

# A EPIDEMIOLOGIA EM BUSCA DA EQÜIDADE EM SAÚDE

*Moisés Goldbaum*

Para realizar uma exposição sobre "Epidemiologia na busca da Eqüidade em Saúde" é preciso localizar a metodologia epidemiológica como instrumento privilegiado para tal tarefa e identificar, na história desse campo de conhecimento, de que forma a natureza e o objeto de seu trabalho se adaptam a esta propositura.

Tomada como uma das disciplinas centrais que conformam o campo da Saúde Coletiva, a sua origem, para muitos, pode ser assinalada na remota Antiguidade, registrada nos escritos hipocráticos, onde já se proclamava que a falta de saúde originar-se-ia na desarmonia entre o homem e o ambiente. Assim, clima, solo, água, modo de vida e nutrição – desde aquela época – constituíam as bases sobre as quais assentavam as explicações acerca das freqüências das doenças de natureza epidêmicas ou mesmo das de natureza endêmicas – já então denominadas desta forma.

Utilizando Rosen (1994) nesta trajetória histórica, pode-se reconhecer que esses conhecimentos não representavam apenas exercícios de ordem teórica, mas incluíam a perspectiva de orientação para implantação de novas comunidades no processo de colonização da época, quando se fazia sentir a necessidade de garantias para atender as exigências impostas pela estruturas religiosas e mili-

tares, ao lado da necessidade de assegurar a saúde das pessoas. A partir desse conhecimento recomendava-se que médicos fossem consultados antes de colonizar um lugar, e submeter o caráter do solo a uma investigação minuciosa. Consideravam-se nocivas as planícies encharcadas e as regiões pantanosas e supunha-se que seria melhor erguer as casas em áreas elevadas, aquecidas pelo sol, para que entrassem em contacto somente com ventos saudáveis.

Estavam aí assentadas, em bases da ciência conhecida e próprias ao momento histórico, os primórdios deste campo de conhecimento em Saúde, EPIDEMIOLOGIA, cuja definição mais corrente contempla a apropriação do processo saúde-doença em populações humanas como seu objeto de estudo, descrevendo sua distribuição em termos de freqüências, procurando entender suas determinações e estabelecendo as orientações para que se possa intervir de modo coerente no quadro de saúde das mesmas, seja na promoção da saúde, seja na prevenção, recuperação e reabilitação.

No decorrer da história, embora se atribua à Idade Média um período de obscurantismo ('Idade das Trevas'), e apesar dos poucos registros sobre essa época, é impossível pensar-se todo o período, de forma homogênea, como não criativo da perspectiva da acumulação de conhecimentos, bem como negar que durante o mesmo se tenha observado avanços no desenvolvimento tecnológico ou na produção de conhecimentos.

Os progressos científicos não se fazem aleatoriamente e mesmo as grandes revoluções tecnológicas ou mudanças de paradigmas se concretizam, ao menos, sobre o acúmulo de conhecimentos existentes. No seio da comunidade 'civilizada' da época, os diversos movimentos gerados pelo conhecimento acumulado, a convivência com as invasões bárbaras, a própria atuação da Igreja, entre outros, promoveram rearranjos que obviamente implicaram, à luz das condições específicas e contemporâneas daquele momento histórico, avanços do conhecimento em geral e sobre a Saúde, em particular, abrangendo mesmo novos conhecimentos sobre os mecanismos de intervenção. Os exemplos são muitos e não cabe aqui enumerá-los, mas o que se impõe destacar são as bases sobre as quais assentaram estes conhecimentos geradores das condições e que propiciaram os elementos para o reforço das teorias miasmáticas das doenças ou, até mesmo, da impureza intelectual como explicação para as mesmas.

Apesar da fluidez ou da falta de contornos mais precisos – entendida assim nos dias atuais –, a forma de caracterização desses elementos causadores de doença naquele tempo permite vislumbrar o paradigma que vai permear o raciocínio epidemiológico e que, de certa forma, mantém-se presente e freqüente.

Das teorias miasmáticas, das impurezas mentais, das implicações mágicas que explicavam os desequilíbrios do organismo humano, vai emergir a Epidemiologia nos novos tempos como disciplina científica moderna, que se consolidará agora assentada nas teorias bacteriológicas – através de agentes animados: microorganismos – ou mesmo calcada nas agressões do meio ambiente – agentes inanimados: físicos e químicos – os quais igualmente provocam, ou melhor, de forma mais concretamente visível, os desequilíbrios no organismo humano. Emerge e se consolida como disciplina científica amparada em paradigma explicativo que se pode balizar em modelos unicausais, tomando-se da matemática as funções lineares simples.

As bases para tal emergência da Epidemiologia, como disciplina científica, remontam ao século passado, como data elegível para sua consolidação. Mas claro está que antes disso já se demonstrava sua existência e já se imprimia, apesar do descrédito diante de outras áreas, a sua ampla justificativa no setor das ciências em Saúde – não vou me deter, apesar da importância, na análise quanto a estar a Epidemiologia no campo das ciências ou das técnicas – sendo que, a partir daí, as conexões para sua consolidação tornaram-se mais evidentes e a legitimaram como prática social.

A humanidade se via às voltas com todo o processo de consolidação e afirmação do capitalismo como modo de produção, e isso representa-se, como é reconhecido tradicionalmente, no processo de industrialização, demarcando a mudança de paradigma de produção econômica, calcado agora na produção de bens com uso intensivo de energia. Este momento histórico é marcado por amplos movimentos em todas as áreas: no mundo cultural, artístico, científico, técnico, enfim, vive-se em todas os âmbitos de atuação humana um período de vitalização intensa e extensa que interage e se interpenetra.

O setor Saúde experimenta também seus reflexos. Em face das inéditas realidades postas pelo desenvolvimento econômico e da constituição de diferentes formas de Estado e/ou Nação – dos liberais aos absolutistas – que operam no interior do processo de industrialização, conformando originais estruturas espaciais da sociedade – as cidades, já com a atual configuração –, novos problemas de saúde começam a apresentar-se como emergentes, passando a exigir uma conseqüente revisão das formas de intervenção ou, pelo menos, exercer atuação de controle mais efetivo sobre os mesmos. Essas questões são recentes em termos de afluência ou importância, porém são antigas enquanto no domínio do conhecimento humano. A nova conjuntura promove a releitura destes problemas, levando-os a ganharem importância antes não percebida ou não considerada como tal.

A ordem constituída passa a exigir a manutenção da integridade de grandes massas populacionais – seja para assegurar a expansão dos territórios através da conquista de outras terras, seja para garantir o acúmulo de riquezas mediante as guerras ou através da produtividade intensiva – e 'retoma' como necessidade posta socialmente aquilo que identifica como a nova onda, o novo espectro que ronda a humanidade, as epidemias. Estas, previamente identificadas no período hipocrático, como já vimos, ganham renovada importância e são descritas como tal em face da realidade que as impõe como problema ou como desafio. As epidemias refletem as precárias condições de vida a que são submetidas as mesmas grandes massas populacionais e que favorecem a disseminação e expansão das doenças de natureza infecciosa. Geram e criam as necessidades para o estabelecimento da contabilização das doenças, bem como dos óbitos, e produzem, em conseqüência, as necessidades para o desenvolvimento de estudos que expliquem os determinantes de sua ocorrência.

À época desenvolvem-se correntes distintas na busca pela explicação e, portanto, no estabelecimento de estratégias de intervenção sobre a saúde coerentes com as necessidades postas socialmente. De um lado, movimentos conduzidos por nomes como Virchow, os quais propugnavam pela explicação social na determinação das doenças engendradas nas bases da Patologia Social, cujo debate mais intenso corporificou-se em alguns países europeus, como a Alemanha. Alguns princípios específicos orientavam estas correntes de pensamento. Um trecho transcrito do mesmo texto de Rosen (1994) nos dá boa idéia dos princípios que as demarcavam:

> *No primeiro (dos princípios) se considerava a saúde do povo de interesse social direto; a sociedade tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros; no segundo, se afirmava que as condições sociais e econômicas exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença, e que há necessidade de submeter essas relações à investigação científica. Virchow, por exemplo, concebia o alcance da Saúde Pública o mais amplamente possível e indicava como uma de suas principais funções o estudo das condições de vida dos vários grupos sociais e a determinação de seus efeitos sobre a saúde; com base nesse conhecimento seria possível agir. Por fim, o princípio conseqüente diz que os passos para promover a saúde e combater a doença devem ser sociais e médicos.*

Constituindo-se nos elementos precursores das concepções da Medicina Social contemporânea, a sua efetiva operacionalização não correspondeu às amplas concepções de ordem teórica que promoveu e daí não se ter feito tão pre-

sente quanto o movimento do Sanitarismo, que se expressou na concepção e implementação das ações tradicionalmente conhecidas da Saúde Pública. Pelo contrário, foi por ela 'subjugada' e, de certa forma, inviabilizada de desenvolver-se plenamente.

Ao lado da corrente anterior, o Sanitarismo lança suas bases exclusivamente em torno às grandes conquistas científicas originárias da Bacteriologia que, ao desvendar os 'mistérios' dos microorganismos, isolando-os e visualizando-os – fenômeno antes só imaginado quimericamente, quando não negado por muitos –, proporciona a retomada vigorosa dos paradigmas explicativos, cujas funções lineares simples aplicam-se às perspectivas oriundas das doenças prevalentes e reconhecidas no período. É o momento em que correntes de pensamento propugnavam pela natureza exclusivamente biológica da ocorrência das doenças. Como expressa Barreto (1990):

> *Com a descoberta do micróbio e definição de que os agentes etiológicos específicos eram a causa de doenças específicas, todo o conhecimento epidemiológico até ali acumulado sobre os fatores relacionados com a ocorrência das doenças e a sua determinação social sofre um retrocesso. É necessário enfatizar que este é o momento de afirmação do positivismo, o qual exerce influência sobre todos os setores da vida social. No plano científico, os trabalhos de Claude Bernard definem as bases da investigação experimental nas ciências biológicas, diminuindo a importância de disciplinas com predomínio observacional como a Epidemiologia. Neste cenário, consolida-se o conceito de unicausalidade – para cada doença, um agente específico. As explicações multicausais não encontram eco e a determinação social é totalmente rejeitada.*

Longe de significar, entretanto, qualquer ausência de articulação com concepções sociais – como pode alguém supor – esses movimentos, sejam quais forem, representam, ao contrário, formas pelas quais a determinação social ou a organização da sociedade, enfim, como as representações humanas são entendidas. Daí derivam e expressam-se as formas conducentes de intervenção sobre os problemas de saúde. Ressalte-se que não se está emitindo juízos de valor sobre a produção de conhecimentos; trata-se, isto sim, de constatar como as correntes de pensamento se organizam, como se relacionam, como favorecem ou impedem o crescimento de outras e como se refletem no conjunto da sociedade. A partir daí, entender quais eram e quais são as tendências de orientação da atividade humana que, queiramos ou não, explicitamente ou não, encontram sua explicação em bases sociais, haja vista a hegemonia do positivismo à época trabalhada.

Esse é então o momento em que se assentam definitivamente as bases da Epidemiologia como disciplina científica, calcada nas concepções orientadas pelas Ciências Biológicas. É interessante notar que a consolidação da Epidemiologia se faz de forma articulada e solidária ao nascimento da Clínica, cujas bases se alicerçam na constituição da Fisiologia e da Patologia. Construída sobre concepções que definem as doenças como "normas e transgressão da normatividade" encontram, segundo Gonçalves (1990), suas razões fundamentadas "quando a ação humana passou a se legitimar pela capacidade de modificar o curso natural das coisas", e quando "dão-se as condições para a reelaboração da enfermidade."

Nesta perspectiva, a Clínica se conforma e elabora seu objeto de estudo e intervenção, que é definido, por natureza, ao nível do indivíduo. A Epidemiologia apropria-se, para a sua legitimação, do mesmo objeto de trabalho para elaborar os seus procedimentos de explicação e intervenção no nível populacional, sem nenhuma mediação, tornando o caráter social de doença igualmente subordinado àquela concepção. Retomaremos esta questão mais adiante.

Para complementar a apreciação desse período, cumpre destacar que nele se inscrevem distintas descrições sobre a situação de saúde das populações, feitas em diferentes países, obedecendo a diversificadas concepções e visões de mundo, encontrando menor ou maior ressonância social, dependendo de sua inserção. Todos eles têm em comum a exposição das precárias condições em que viviam as populações e a repercussão que isso causava em termos de situação sanitária. Lembro aqui Chadwick e Engels, na Inglaterra, de Shattuck, Griscom, Smith e outros nos Estados Unidos. É curioso notar que as expressões – por exemplo, nos textos americanos – permitem relembrar em sua plenitude os referidos escritos hipocráticos, agora adaptados às novas realidades.

Eis algumas situações emblemáticas:

> *O censo revelou uma mortalidade geral alta e mortalidade infantil e materna impressionantes. Doenças comunicáveis, como escarlatina, tifo exantemático e febre tifóide, difteria, tuberculose, tinham larga vigência. As condições de vida para os grupos de menor renda eram cruamente insatisfatórias. Não havia, por fim, qualquer concepção de responsabilidade comunitária pelos problemas de saúde pública.*
>
> ou:
>
> *a alta taxa de mortalidade de Nova York (atribui-se) à superpopulação dos prédios de aluguel, à carência de conhecimento prático sobre o modo de construir esses prédios, à deficiência de luz, à ventilação imperfeita, às impurezas na economia doméstica, aos alimentos e bebidas estragados, ao esgoto insuficiente, à falta de limpeza das ruas, e dos molhes e cais...* (Rosen, 1994)

Como tradução operacional dessas constatações, boa parte dos esforços dirigiram-se a constituir programas de apoio e circunscrição dos menos favorecidos, como o foi a Lei dos Pobres, na Inglaterra, que, além de prestar alguma assistência aos 'desvalidos', procurava mantê-los sob vigilância, visando conter a disseminação da precariedade, da desagregação e, portanto, da doença.

O desenvolvimento da sociedade – em especial, os avanços alcançados no setor científico e tecnológico – promove alterações substanciais na nova ordem social e econômica, criando situações para a revisão da abordagem do fenômeno saúde-doença, cujo perfil se modifica radicalmente no século XX. Recorrendo à noção de "transição epidemiológica", podemos verificar o que ocorre nesse campo através de suas descrições. Apesar das críticas que se podem fazer às descrições promovidas e ao quadro referencial no qual ela se baseia, ou seja, as concepções de que o trajeto das sociedades será linearmente paralelo àquele observado nos países mais avançados, a transição epidemiológica permite ao menos descrever a situação já vivenciada pelos países centrais. Pode-se demarcar que os primórdios científicos da Epidemiologia ocorrem nos momentos em que seus perfis estavam marcados pelas altas incidência, prevalência e mortalidade por doenças infecciosas, retrato dos padrões de organização da sociedade.

As teorias de transição epidemiológica revelam que nas sociedades modernas operaram-se espetaculares transformações que redundaram, segundo a expressão de Terris, na primeira revolução epidemiológica, com o controle e a diminuição substancial das doenças de natureza infecciosa. Assim, daquele padrão dominado pelas doenças infecciosas, os países centrais passam a experimentar, nos últimos tempos, um novo padrão, no qual as doenças de natureza não-infecciosa ou não-transmissível, em especial as doenças cardiovasculares e os cânceres, são mais prevalentes e incidentes. Mais recentemente, a estas se juntam aquelas devidas a causas externas, notadamente os acidentes com veículo a motor e os homicídios (Laurenti, 1990). A partir dessa constatação sugere-se que tal tendência deverá ser seguida pelos países em geral.

Observando-se, entretanto, a realidade dos países periféricos, como é o Brasil, constata-se que a regularidade descrita longe está de se configurar. De um lado, observa-se a convivência simultânea de ambas as situações vivenciadas pelos países centrais: altas freqüências de doenças infecciosas, de doenças crônicas e altíssimos índices de ocorrências de causas externas. Poderia isso estar a significar que estamos em pleno processo de transição, em direção aos patamares alcançados pelo primeiro mundo, o que

sob certo aspecto não deixa de ser realidade: entre algumas conquistas, erradicamos a varíola e o poliovírus selvagem; algumas doenças se viram bastante atenuadas, como a peste bubônica; os coeficientes de mortalidade infantil vêm decrescendo continuamente, a despeito do registro de aumentos em alguns espaços sociais.

Entretanto, como é próprio de nossas sociedades marcadas por contradições, conflitos e profundas desigualdades, o quadro da Saúde, além da transição descrita, encontra algumas doenças que persistem ou até recrudescem, retornando com toda a sua plenitude. Por exemplo, não obstante os conhecimentos técnicos existentes, a malária, que já apresentou situação mais confortável, experimenta notável aumento na Região Amazônica, produto decorrente das políticas de colonização e expansão das fronteiras agrícolas, o que demonstra pouco terem sido seguidos os ensinamentos hipocráticos, referidos anteriormente e vigentes há séculos.

Da mesma forma, outras doenças ressurgem configurando "velhos fantasmas encenados em novas cadeias" (Carvalheiro, 1992); assim, a dengue ressurge, disseminando-se pelo País, adaptando-se às novas arquiteturas urbanas, sugerindo a 'fragilidade' destas e/ou a renovação da doença e de agente. A cólera, que durante um século esteve ausente do território, depois de apresentar seu cartão de visita nos idos do anos 70, foi aqui recepcionada e, embora, não se tenha manifestado na perspectiva sombria anunciada, encontrou terreno fértil para a sua implantação. São velhos fantasmas que, com nova roupagem e em modernos cenários, apresentam-se como indesejáveis e inoportunos atores.

A realidade vivida pelos nossos países não se aplica imediatamente às noções da regularidade apresentada pelas teorias de transição. A isso se agregam novas doenças, novos desafios, como a AIDS, que se implantam em sua plena dinamicidade em nossa história, à semelhança do que vem ocorrendo em todas as partes do mundo – a demonstrar, definitivamente, que nos tornamos uma aldeia global.

Como teremos ainda oportunidade de analisar no decorrer desta exposição, essa situação de convivência de vários perfis de doença não se distribui, igualmente, por todas as camadas populacionais. Recente publicação brasileira (Minayo, 1995) revela nossos 'muitos Brasis' ao estudar e atualizar com muita oportunidade o quadro das principais causas de morte e doenças, além de demonstrar a complexidade do processo demográfico, social e sanitário que extrapola a imagem dualista indicada na denominada 'Belíndia'. Confirma, ainda, serem os componentes particulares da população – os pobres e/ou excluídos – que pagam o maior tributo em termos de saúde, acumulando a carga da maior freqüência de distribuição de doenças.

Os modelos explicativos experimentam adaptações ou adequações significativas em face da compreensão mais complexa dos problemas trabalhados pela Epidemiologia. O reconhecimento da situação dada pelos problemas novos – doenças cardiovasculares, cânceres, causas externas – e emergentes – AIDS – remete à revisão daqueles, fazendo incorporar a noção de que a ocorrência das doenças como fundada exclusivamente no microorganismo, embora necessária, não é suficiente. Outras variáveis são levantadas, entre as quais as de cunho social, transformadas em atributos pessoais pelas atuais concepções dominantes. Calcadas anteriormente em funções lineares simples, as explicações agora encontram respaldo para suas bases em funções lineares complexas (Almeida Filho, 1992) e, embora ofereçam interpretações mais abrangentes, constituindo modelos de multicausalidade, não superam em sua essência as teorias de unicausalidade/unidirecionalidade.

A saúde das populações, como se constata, merece análises e interpretações desde a mais remota história da humanidade. Desde então foram objeto privilegiado de estudo as desigualdades na distribuição das doenças, cuja importância foi sendo incorporada e ampliada pela Epidemiologia em decorrência do seu próprio desenvolvimento técnico-científico, assim como em conseqüência das novas realidades produzidas pelo desenvolvimento sócio-econômico.

Nas últimas décadas, a crescente preocupação com as repercussões das desigualdades na distribuição da doenças, expressão das iniqüidades sociais, vem mais acentuadamente orientando e despertando o interesse dos profissionais dos setores sociais, em especial os da Saúde. Assim é, se verificarmos a análise promovida por um grupo designado pelo governo inglês, a qual revela em detalhe as desigualdades encontradas na Grã-Bretanha, embora o Secretário de Estado não a tenha subscrito. O documento, publicado em 1980 (DHSS, 1980), mostra que:

> *As diferenças brutas das taxas de mortalidade entre as diferentes classes sociais são preocupantes. Para tomar um exemplo extremo, em 1971 a taxa de mortalidade para os homens adultos na classe social V (trabalhadores sem habilitação) era aproximadamente o dobro daquela do homem adulto na classe I (trabalhadores de nível superior), mesmo quando levado em conta a estrutura etária dos dois grupos. Vistas do ângulo de taxas de mortalidade de doenças específicas, as diferenças se acentuam. Por exemplo, para a tuberculose a taxa de mortalidade na classe social V é dez vezes maior que na classe social I.*

Detectam que a mortalidade neonatal é duas vezes maior entre os filhos de pais da Classe V que na Classe I, enquanto a mortalidade infantil tardia é quatro vezes maior entre as crianças do sexo feminino e cinco vezes no sexo masculino.

Acrescentam que, embora se venha observando queda na mortalidade infantil em todos os grupos, há aumento no gradiente que separa as classes mais baixas daquelas mais altas. Procuram por uma explicação e remetem-na para as condições materiais de vida de cada um deles. Morris analisa este relatório, com seus desdobramentos e acompanhamento, dez anos depois, ou seja, em 1990; reafirma os dados e conclui que "a prospecção mostra que as iniqüidades em mortalidade, com inaceitáveis altas taxas entre os pobres, continuará, e pode-se duvidar que a Inglaterra alcançará os objetivos da WHO (da qual ela é signatária) e reduzir as desigualdades em 25% durante a década de 90" (Morris, 1990).

Na Europa, em 1990, a Organização Mundial da Saúde promoveu uma reunião sobre Iniqüidades em Saúde (Illsey, 1990), procurando subsídios para o estabelecimento de eqüidade em Saúde e acesso igual aos serviços de Saúde, dentro dos propósitos de 'saúde para todos'. O primeiro destaque que se fez, e que os organizadores assinalaram, foi a demonstração de perplexidade dos estudiosos daquele continente, primeiramente, por não estarem afeitos àquele tipo de assunto, ao mesmo tempo em que passaram a demonstrar diferenças na distribuição das doenças nos diferentes países e diferentes grupos sociais. Adotando diversos critérios, puderam ser descritos quadros nos quais se verificavam diferenças na forma de adoecer segundo a composição dos grupos sociais, freqüentemente expressos por:

> *classe ocupacional (...) As maiores e mais óbvias desigualdades foram aquelas existentes entre países. A expectativa de vida variou de 77.1 anos na Islândia e 76.6 anos na Suécia para 63.0 anos na Turquia. Vários outros países maiores, Hungria, Romênia e a antiga União Soviética chegam agora a uma expectativa de vida de 70 anos.*

No processo de discussão e condução dos estudos, que compreendeu análises sobre mortalidade e morbidade, identificou-se diferente distribuição de doenças e/ou agravos através da estratificação das populações por diversas categorias de variáveis; assim, nível de salário, desemprego, minorias étnicas, composição familiar, entre outras, permitiram descrever diferenciais importantes nas formas ou quantidades de adoecimento de cada um dos grupos. Identificaram, ainda, que as diferentes composições populacionais poderiam ser construídas a partir de variáveis tais como adesão a seguro social, ou mesmo com base em categorias genéricas, como gasto em Saúde. Concluíram pela exigência de aprimoramento dos sistemas de informação e, em especial, pela necessidade de se trabalhar no aprofundamento de indicadores de situação social, hoje baseados em

categorias ocupacionais, e que estão a merecer maior refinamento para explicar as diferenças encontradas na distribuição das doenças.

A necessidade de identificar padrões de saúde – ou, como tem sido mais tradicional, padrões de adoecimento – levou vários grupos, em diversas circunstâncias e locais, a definir indicadores que expressassem a situação de Saúde de populações. Behm-Rosas (1990), por exemplo, procurando estudar a saúde infantil, identificou em algumas variáveis a sua explicação, a saber: ocupação paterna, a participação da mãe em atividades produtivas, a educação materna e paterna, as características étnicas, as condições habitacionais, dividindo as variáveis em determinantes familiares e em determinantes estruturais.

Vários outros autores buscam elementos os mais diversos para explicar as diferenças na ocorrência de situações diversas de saúde. Sem ser exaustivo e recorrendo às próprias revistas médicas tradicionais, podem-se identificar estudos que procuram correlacionar variáveis diversas daquelas classicamente trabalhadas no campo da medicina para a explicação da ocorrência diferencial de doenças. É possível assinalar estudos que procuram correlacionar nível educacional com expectativa de vida ou mesmo com a ocorrência de doenças específicas, como câncer; observam-se, nestas análises, reiteradas demonstrações das desvantagens que perseguem aqueles 'menos favorecidos', com exceção, como demonstra um deles, em relação ao câncer de pulmão. Estudos há que mostram, nos Estados Unidos, a 'sobremortalidade' vivenciada por populações de cor negra comparadas às de cor branca (Guralnick et al., 1993; Pappas, 1993).

Da mesma forma, busca-se estabelecer relações entre desemprego e nível de saúde descrito a partir da mortalidade. A literatura internacional registra também a procura de definição de classe social (Navarro, 1990) como elemento explicativo de perfis de Saúde construídos a partir de ocupação, renda e educação. Entre nós, algumas definições neste campo foram buscadas e têm sido utilizadas para explicar os diferenciais de distribuição das doenças.

O recurso a esses autores tem a finalidade de ilustrar a tendência, existente em diferentes partes do mundo, de estudar os diferenciais de adoecimento ou de padrões de saúde nos grupos sociais, bem como o esforço desenvolvido para a definição de indicadores e/ou variáveis que os explicam. A adoção de variáveis sociais tem sido uma constante a demonstrar que a desigualdade na distribuição das doenças é o núcleo central sobre o qual a Epidemiologia encontra sua razão de ser, delas não podendo prescindir no seu labor diário de estudo da distribuição e dos determinantes das doenças.

Mais recentemente, em 1994, Wilkinson (1994) e Marmot (1994) acrescentam informações frente às próprias realidades nacionais, o primeiro analisando a transição epidemiológica; o último, as diferenças sociais em/entre populações. Fazem uma revisão, mostrando que as relações entre riqueza e saúde não guardam linearidade, principalmente entre os países mais ricos, e levantam a possibilidade de os fatores psicossociais explicarem a maior mortalidade entre o que denominam 'privação relativa'. Na procura de respostas para a maior freqüência entre os pobres de doença cardiovascular e câncer, entre outras doenças, identificam, além da dieta e do hábito de fumar, algumas outras variáveis como: consciência menor no controle do trabalho, menor qualificação no trabalho, participação deprimida nas complexas relações de produção e menor capacidade de controle sobre a saúde. Em sua análise, chamam a atenção para as diferenças na situação de saúde e também para o fato de que essas não se referem somente aos extremos de ricos e pobres, mas observam sistematicamente um gradiente entre a posição dos grupos na população, concluindo que o pleno trabalho, uma renda digna e adequada, bem como um ambiente social determinado por boas relações, podem ser vitais na redução das iniqüidades em saúde, embora não eliminem as desigualdades.

Nos últimos anos têm sido publicados alguns trabalhos desenvolvidos por organismos internacionais na tentativa de aprofundar essa questão. Em geral, alguns de caráter menos inovador tentam, mediante a construção de indicadores menos ou mais complexos, reconstruir ou redesenhar as formas de mensurar a noção de pobreza e, a partir deles, explicar a ocorrência dos processos sociais. Outros, norteados pela determinação estrutural, têm procurado encontrar indicadores globais que permitam a caracterização sócio-econômica de regiões para então qualificar as populações residentes, e disso extrair relações explicativas dos padrões de saúde.

Em vários países da América Latina (Lemus, 1992; Nuñez, 1994) podem ser encontrados trabalhos que procuram recompor a pobreza em termos de um indicador proposto pelo (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), denominado Necessidades Básicas Insatisfeitas (NBI). Alguns trabalhos baseados em conceitos trabalhados por Castellanos (1992), demonstraram a relação inversa entre o percentual do NBI – construído a partir de cinco indicadores parciais de carências: densidade intradomiciliar, presença de equipamentos de saneamento, escolaridade e nível de renda – e a qualidade de saúde experimentada pelas respectivas populações. Fizeram-no relacionado à mortalidade infantil, à mortalidade de um a quatro anos, à mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, reafirmando que os níveis de carecimento social determinavam, na medida de sua maior presença,

maior freqüência de doenças, implicando, como conclusão, a necessidade de redirecionar o aporte de recursos que contemple mais adequadamente essas carências e busque minimizar suas conseqüências.

Na mesma linha, em trabalho realizado concomitantemente em Accra e São Paulo (Stephens, 1994), construiu-se um indicador baseado em *score* – determinado por: presença de água de boa qualidade, condições de habitação, nível de renda, nível de escolaridade e destino dos dejetos – e procurou-se relacioná-lo à freqüência de doenças, revelando perfeita relação inversa entre qualidade de vida e valores assumidos pelos *scores*, como era esperado.

Ainda contemporaneamente registram-se outras propostas de criação de indicadores que expressem as condições gerais de vida ou de saúde e que meçam circunstâncias determinantes do estado de saúde das populações. Dentre essas, podem ser destacadas três: a primeira, refere-se às tentativas do PNUD propondo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (Rosenberg, 1994), utilizado para descrever o grau de desenvolvimento de um país; servindo para estabelecer critérios de comparação entre países e, desta forma, orientar a distribuição do volume de cooperação técnica. A composição desse indicador obedece à média aritmética de três componentes: expectativa de vida, níveis educacionais e indicador de riqueza medido pelo PIB per capita ajustado pela paridade do poder aquisitivo.

Outro indicador proposto é aquele derivado de estudos do Banco Mundial, descrito em seu último informe concernente à saúde mundial, representado pelo nome "carga global de morbidade" e que expressa a composição da quantidade de anos perdidos por incapacidade; esse indicador permite discriminar os diferentes países segundo sua intensidade (BIRD, 1993).

O terceiro deles, de caráter global, está sendo proposto pela OPAS e refere-se à mensuração do acesso ao desenvolvimento social, tomando a denominação "Indicador de Acessibilidade ao Desenvolvimento Social Acumulado" (IGADSA) e expressa la accesibilidad acumulada historicamente, antes que los cambios de caracter coyuntural. Com esse dado propõe-se categorizar e/ou classificar a situação de países ou regiões, relacionando-os com outro indicador, também descrito no mesmo documento, definido como *Brechas Redutibles de Mortalidad* (BRM) que permite quantificar o excesso de mortalidade vivenciado por diferentes países (OPS, 1994).

Todos esses trabalhos e documentos têm demonstrado os diferenciais de adoecimento e morte que marcam as diversas realidades. Da mesma forma, os documentos de organismos internacionais de Saúde, e mesmo aqueles promovidos por organismos financeiros internacionais, como é o caso do Banco Mun-

dial, revelam com muita constância esses diferenciais. Fazendo-se valer de profissionais da área de Epidemiologia, evidenciam as diferenças na distribuição das doenças infecciosas, cardiovasculares, nutricionais e mentais. A situação de saúde do trabalhador também tem sido contemplada e igualmente apresenta a sua distribuição não eqüitativa. As razões para esses achados e as conseqüentes propostas de intervenção – veja-se, por exemplo, a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 – têm variado de acordo com a metodologia utilizada, o que implica diferentes concepções do objeto analisado.

Esse conjunto de trabalhos vem tornando a questão da desigualdade um 'fato comum e corriqueiro'. Todos são unânimes em demonstrá-la. Alguns estudos indicam que essas desigualdades favorecem a constatação de que, na medida das diferenças entre as pessoas, a igualdade absoluta talvez seja algo inatingível – por que não dizer, indesejável? Trata-se, então, de recuperar a idéia de eqüidade, cuja acepção ultrapassa os limites da igualdade e encontra-se com a idéia de justiça social. Cabe verificar as tendências que hoje se observam.

Os avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde são comprovadamente de alta eficácia, se bem utilizados. Os meios diagnósticos e terapêuticos, assim como os meios de promoção e proteção, modificaram-se de forma a alterar os procedimentos dos profissionais de Saúde na sua atividade cotidiana de proporcionar melhores condições de saúde e de qualidade de vida às pessoas e às populações. Mecanismos anteriormente mobilizados tornaram-se rapidamente obsoletos, muitos em decorrência da transformação dos paradigmas produtivos. Facilitados que foram pelo desenvolvimento da Informática, os nossos dias estão baseados no paradigma da informação.

Vive-se novamente um período de efervescência no mundo científico e tecnológico – para não dizer dos demais – e a Epidemiologia não se vê apartada dela. Curiosamente, a Epidemiologia se vê presa de um rico debate que, menos do que encerrar questões técnicas propriamente ditas, as toma mais da perspectiva política. Assim, reacende-se a dicotomia entre social e biológico, entre individual e coletivo, que no campo da Epidemiologia passa a dominar o cenário de confrontos políticos, colocando-a em discussões que, por vezes, a impedem de buscar seu desiderato maior e a busca da eqüidade em Saúde.

Nestas épocas recentes, com a evolução tecnológica, a Clínica viu-se envolvida em discussões sobre sua eficácia e, mais do que isto, acerca da sua cientificidade. Os movimentos oriundos deste debate levaram à busca de tal cientificidade na Epidemiologia e, desta forma, à proposição de que a metodologia epidemiológica passasse a iluminar a produção de conhecimentos em Clínica. Dei-

xemos de lado o fato de considerarmos, acompanhando Holland, uma impropriedade o uso do termo Epidemiologia, pois no caso se trata evidentemente mais da aplicação da metodologia de pesquisa científica, em especial das técnicas estatísticas, na pesquisa em Clínica.

Facilitada pelas modernas técnicas computacionais, que estão provendo condições revolucionárias – lembremos que estamos em pleno processo de mudanças de paradigmas – para o desenvolvimento de Ciência e Tecnologia, a Clínica, reiterando procedimentos técnicos que elegem o indivíduo como objeto de estudo e de intervenção, se vê instada a promover alterações no seu trabalho de investigação, nos seus procedimentos tradicionais, aproximando-se mais do campo da avaliação tecnológica do que ao da Epidemiologia propriamente dita. Entretanto, sob a falsa alegação da inutilidade da Epidemiologia como método válido, legítimo e eficaz para a resolução dos problemas de Saúde, algumas correntes agora não desprezíveis apropriam-se de suas técnicas e da noção de probabilidade – que orientam o desenvolvimento de um dos conceitos centrais em Epidemiologia, o de risco – e aplicam-nas à Clínica, sem promover a necessária mediação que esta aplicação de técnicas impõe.

Sem entrar no mérito das repercussões que isto provoca e sem negar o benefício que resulta desta utilização mais sistemática da metodologia científica nas tradicionais e consolidadas áreas da Saúde, como a Clínica, impõe-se uma objetivação dos campos de atuação dessas áreas que, obviamente, não se anulam. Trata-se de identificar que não existe oposição entre a Clínica e a Epidemiologia. Elas avançam, cada qual compondo e recompondo seu objeto. Aquela, aprimorando-se cada vez mais em face das conjunturas, no tratamento de suas finalidades – diagnóstico e terapêutica –, ao seu adequado objeto, o indivíduo com todas as suas individualidades. Esta, a Epidemiologia, através de suas técnicas e aprimoramento dos desenhos de estudo, que ganham maior complexidade e, graças às técnicas computacionais, desenvolvem maior rapidez e agilidade na explicação em saúde, com suas finalidades, que são o estudo da distribuição e dos determinantes do processo saúde-doença, agora em populações entendidas não como a mera agregação de indivíduos.

Posto desta forma, torna-se possível visualizar com mais clareza a especificidade dos diferentes campos técnicos, o que evidentemente implica reconhecer suas intercessões e objetivos comuns: reiterando, a saúde de populações. Isto permite repor a questão do individual e do coletivo nos seus devidos espaços, bem como identificar o caráter mais biológico ou mais social de cada umas das disciplinas.

Se isto é verdade, resta-nos – isto sim, objeto de muita polêmica – as iniqüidades. As diferentes formas em que se conformam e se conformaram as sociedades, têm proporcionado, no decorrer da história, diferentes concepções de iniqüidade, aqui entendida não como desigualdade, que racionalmente é propriedade intrínseca das pessoas, mas entendida como injustiça social, o que implica trabalhar a pobreza, a exclusão e – por que não? – a riqueza também. Agora, as modernas sociedades têm condições de atenuá-la, e a Epidemiologia, coerente com os novos tempos, pode e deve recuperar a sua aplicação de conhecimentos na orientação das atividades de natureza populacional, tal como encontrou as bases adequadas às circunstâncias históricas para promover ações de natureza populacional no começo do século, aplicáveis indistintamente aos diferentes grupos sociais – veja-se saneamento e vacinação.

A sua interlocução com outras disciplinas tem permitido fazê-la caminhar neste sentido. Por exemplo, como já apontou Gonçalves, o salutar desenvolvimento da Ecologia e sua interlocução com a Epidemiologia permite avançar nas concepções de determinação do processo saúde-doença, trazendo para o campo da formulação de explicações a relação entre espécies, superando o modelo linear de causalidade. Outras tantas possibilidades se apresentam com o conjunto de disciplinas que compõem o mundo científico.

Cabe à Epidemiologia reforçar o seu caráter de desnudamento das iniqüidades, ultrapassando a dependência que se procura reforçar em relação a objetos definidos em outras áreas, superando dessa forma a noção de focalização com o seu sucedâneo fatores de risco ou grupos de risco, perfeitamente aplicável a outros campos de intervenção. Para não ficarmos na situação expressa em recente trabalho (Chor, 1995), deve-se demonstrar que, na realidade, um dos efeitos dos programas tradicionais, centrados na mudança individual de hábitos e comportamentos, foi o de aprofundar desigualdades sociais relacionadas à Saúde, uma vez que tais mudanças dependem de vários fatores, culturais e econômicos e não apenas da 'vontade de mudar'.

Isso não significa, concordando com Victora & Barros (1994), que não se deva prover qualquer conhecimento que minore o sofrimento das pessoas. Isso permite a elas, por pouco que seja, melhor qualidade de vida; mas reconheçamos que equacionar parte da vida de algumas pessoas/indivíduos não soluciona o *gap*, as diferenças que separam cada vez os diferentes conjuntos sociais.

# Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. *A Clínica e a Epidemiologia.* Rio de Janeiro - Salvador: Abrasco/Apce, 1992.

BARRETO, M. L. A Epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto.* São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990.

BEHN-ROSAS, H. Los determinantes de la sobrevida en la infancia: un marco de referencia para su análisis. In: CELADE. *Factores de Riesgo de Muerte en la Infancia.* Santiago de Chile, 1990.

BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO. Informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Investir en salud. Washington: Banco Mundial, 1993.

CARVALHEIRO, J. R. Pestilências: velhos fantasmas, novas cadeias. *Revista Saúde e Sociedade,* 1(1):25-42, 1992.

CASTELLANOS, P. L. Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. Washington: OPS/OMS, 1992.

CHOR, D. et al. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In : MINAYO, M. C. S. *Os Muitos Brasis. Saúde e população na década de 80.* São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

DHSS. Inequalities in Health. *Report of Research Working Group,* 1980. (Mimeo.)

GURALNICK, J. M. et al. Educational status and life expectancy among older blacks and whites. *New England Journal of Medicine,* 329:103-9, 1993.

ILLSEY, R. Comparative review of sources, methodology and knowledge. *Social Science & Medicine,* 31(3):229-236, 1990.

LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. *Anais.* Campinas: Abrasco/Unicamp, 1990.

LEMUS, J. Condiciones de vida y salud en la Argentina. *Ambiente Medico. Rev. Hosp. Fernandez,* 27:9-18, 1992.

MARMOT, M. G. Social differentials in health within and between populations. *Daedalus. Journal of the American Academy of Arts and Sciences,* 123(4):197-216, 1994.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto.* São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990.

MINAYO, M. C. S. (Org.) *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80.* São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

MORRIS, J. N. Inequalities in health: ten years and little further on. *Lancet* (336):491-493, 1990.

NAVARRO, V. Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. *Lancet*, 335:1238-1240, 1990.

NUÑEZ, N. Perfiles de mortalidad según condiciones de vida en Venezuela. In: COSTA, M. F. F. L. & SOUSA, R. P. (Orgs.) *Qualidade de Vida: compromisso histórico da Epidemiologia*. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Las condiciones de salud en las Americas, 1994. *Publ. Cient. 549*. Washington. OPS, 1994.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp/Hucitec/Abrasco, 1994.

ROSENBERG, H. El índice de desarrollo humano. *Boletín Ofic. Sanitario Panam.*, 117(2):175-184, 1994.

STEPHENS, C. *Environment and Health in Developing Countries: an analysis of intra-urban differentials using existing data*. LHSTM/FSEADE/MIN. Environment Ghana, 1994.

VICTORA, C. G. & BARROS, F. C. Repensando a associação entre indicadores de saúde e qualidade de vida. In: COSTA, M. F. F. L. & SOUSA, R. P. (Orgs.). *Qualidade de Vida: compromisso histórico da Epidemiologia*. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994.

WILKINSON, R. G. The epidemiological transition: from material scarcity to social disadvantage? *Daedalus. Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 123(4):61-77,1994.

PARTE II

# SAÚDE, ECONOMIA E SOCIEDADE

# 4

# IMPACTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS E ECONÔMICAS NOS PERFIS EPIDEMIOLÓGICOS*

*Asa Cristina Laurell*

Em agosto de 1982, o México suspendeu o pagamento do serviço de sua dívida externa e, com isso, precipitou a crise mundial da dívida. Foi o início da chamada 'década perdida', que resultou da aplicação das políticas de ajuste na América Latina e em boa parte do Terceiro Mundo. Em dezembro de 1994 ocorreu, nesse mesmo país, uma desordem financeira que agitou os principais mercados financeiros do continente americano e do resto do mundo. México, estrela de primeira grandeza do projeto neoliberal para os países em vias de desenvolvimento, entrou de forma estrondosa em violenta crise, a qual impôs a sua população um novo ciclo de empobrecimento e deterioração das condições de vida e trabalho. Parece provável que, pela segunda vez, venhamos a sustentar o triste papel de inaugurar outra 'década perdida' como tributo ao livre mercado.

A relevância destes fatos para nosso tema é que a análise do impacto das políticas sociais e econômicas sobre os perfis epidemiológicos passa hoje por uma reflexão acerca da capacidade de o projeto neoliberal gerar bem-estar social e saúde, particularmente em países de desenvolvimento médio ou pobre como são os nossos. Sob o pretexto da inevitabilidade da globalização, há tendência a aceitar implicitamente os valores e premissas neoliberais e a formular o problema da Saúde como questão passível de ser manipulada com procedimentos téc-

* Tradução: *Cláudia Bastos*

nicos cuja idoneidade se pretende mensurável através de cálculos de custo-benefício. O informe do Banco Mundial *Invertir en Salud* (Banco Mundial, 1993) expressa com nitidez esta posição. Nesta linha, está surgindo uma epidemiologia adaptada às necessidades do 'ajuste e da mudança estrutural' e orientada para a otimização dos programas seletivos de atenção aos pobres.

## FORMULAÇÕES NEOLIBERAIS

Os neoliberais afirmam que a crise se deve ao intervencionismo estatal, que é anti-econômico e anti-produtivo porque desestimula empresários a investir e trabalhadores a trabalhar (Pierce, 19991). Ademais, mostra-se ineficaz e ineficiente. Ineficaz, porque tende a tutelar os interesses particulares de grupos de produtores organizados, ao invés de responder às demandas dos consumidores dispersos no mercado. Mostra-se ineficiente porque não conseguiu eliminar a pobreza e, inclusive, a tem agravado com o deslocamento das formas tradicionais de proteção social baseadas na família e na comunidade; além disso, tem imobilizado os pobres, neles engendrando dependência do paternalismo estatal.

Nesta visão, a solução da crise consiste em reconstituir o mercado, a competição e o individualismo. Isto significa eliminar a intervenção do Estado na economia mediante a privatização e a desregulação das atividades econômicas, bem como reduzir suas funções relacionadas ao bem-estar social. Não obstante, prossegue o argumento; a competição e o individualismo somente se constituem como forças por meio da desagregação dos grupos organizados, a desativação dos mecanismos de negociação dos interesses coletivos e a eliminação dos direitos adquiridos (Piñera, 1990). Obtém-se isto através da desregulação e flexibilização das relações de trabalho e da redução das normas e benefícios trabalhistas fixadas no contrato coletivo. E, por último, é preciso combater o igualitarismo, dado que a desigualdade é o motor da iniciativa individual.

No campo específico do bem-estar social, os neoliberais sustentam que este pertence ao âmbito do privado e que suas fontes 'naturais' são a família, a comunidade e os serviços privados (George & Wilding, 1994). Por isso, o Estado somente deve intervir com o objetivo de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir os serviços que os agentes privados não podem ou não querem produzir e aqueles que são de rigorosa apropriação coletiva, ou seja, os chamados bens públicos (Akin, 1987). Propugnam por uma política de beneficência pública ou assistencialis-

ta com alto grau de discricionalidade governamental em relação a quais programas instrumentar e a quem beneficiar, a fim de evitar que sejam gerados 'direitos'. Ademais, para obter benefícios dos programas públicos, deve-se exigir a comprovação da condição de indigência (George & Wilding, 1994).

Como podemos observar, a formulação neoliberal está dirigida basicamente contra aqueles elementos da política social que implicam 'desmercantilização', solidariedade social e responsabilidade coletiva (Esping-Andersen, 1990). Desta maneira, condena direitos sociais, universalismo, desvinculação entre benefícios e prestação de trabalho e administração-produção pública de serviços. Suas estratégias concretas para diminuir as funções estatais no terreno do bem-estar social são a privatização dos fundos sociais e da produção de serviços; o corte do gasto social com a eliminação de programas e redução de benefícios; a focalização do gasto, ou seja, seu direcionamento aos grupos indigentes, e a descentralização ao nível local (Taylor-Gooby, 1985).

Por detrás deste projeto neoliberal está o intento de constituir um renovado padrão de acumulação que visa a impulsionar novo ciclo de expansão capitalista (Valenzuela, 1990). A condição política do êxito deste projeto é a debilitação das classes trabalhadoras e de suas organizações reivindicatórias e partidárias. Para isto, torna-se crucial a destruição das instituições públicas de bem-estar social, porque estas constituem um espaço de ação coletiva e solidária ao diminuir a força desagregadora da competição entre os indivíduos no mercado de trabalho (Esping-Andersen, 1990).

A esta necessidade política agrega-se o objetivo econômico de redução das instituições públicas para ampliar os âmbitos da inversão privada em todas as atividades econômicas rentáveis. Em tal esquema, o controle privado sobre os fundos sociais e a produção privada dos serviços sociais constituem questões essenciais. Isto, porque os fundos sociais são fundos financeiros de grande porte e porque a produção dos serviços sociais está atualmente entre as atividades econômicas mais importantes em todos os países (Bodenheimer, 1990). A outra face do argumento de que os bens sociais são dispendiosos demais para estar nas mãos do Estado é que uma atividade que envolve tanto dinheiro não deve se realizar fora do mercado, mas se estabelecer enquanto terreno de acumulação (Laurell, 1995).

## SAÚDE, NECESSIDADE HUMANA ESSENCIAL

Na prática, o modelo neoliberal está fazendo com que se questione o direito à saúde, o qual não deixa de ser valor social e ético constitucionalmente definido na maioria de nossos países, ainda que aspiração parcialmente não cumprida. Dentro do projeto neoliberal, o campo da Saúde emerge antes como campo mercantil privado do que como algo da esfera pública. Com isso, estamos assistindo à separação entre uma medicina comercial, altamente tecnologizada para aqueles que logram se inserir no projeto modernizador, e um pacote de serviços e ações essenciais para grupos de dimensão crescente, a cada dia mais marginalizados e excluídos deste processo de mudança na sociedade (Banco Mundial, 1993).

Este contexto coloca alguns imperativos éticos e necessidades científicas. Importa resgatar, com Doyal & Gogh (1991), o fato de que a saúde é necessidade humana essencial e, por isso, beneficiária de um estatuto de direito social. Se isso for verdade, carece de fundamento o argumento de que a inclusão da saúde entre os direitos sociais é somente convenção social que pode ser ratificada ou retificada, ou seja, negada (Da Vite, 1993). A saúde é necessidade humana essencial porque, sem saúde, não se tem possibilidade de desenvolver capacidades e potencialidades produtivas e sociais; sem saúde, não é possível participar plenamente da vida social como integrante da coletividade e como indivíduo; sem saúde, não há nem liberdade nem cidadania plena. Por isso, a garantia, a promoção e a preservação da saúde, através da ação pública e por meio de medidas universais e igualitárias, constitui responsabilidade ética da sociedade.

Desse modo, a satisfação desta necessidade humana, que é a saúde, associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico. A partir desta concepção de saúde, a investigação de como gravitam as políticas econômicas e sociais em torno dos perfis epidemiológicos deveria referir-se a estes perfis, na acepção de Breihl (1979), ou seja, às características da reprodução social e ao perfil de saúde-doença dos grupos e classes sociais.

Este ponto de partida metodológico resolve alguns dos problemas que aparecem como paradoxos no momento atual, tal como o fato de que as taxas de mortalidade infantil estão caindo em meio a uma situação de grave deterioração social. Os dois temas que adquirem relevância neste contexto são, por um lado, a confrontação entre a premissa neoliberal sobre como gerar o bem-estar social com os fatos empíricos e, por outro, uma exploração dos problemas metodológicos implicados no uso dos indicadores sociais e de saúde-doença comumente utilizados.

## PERFIS REPRODUTIVOS DO AJUSTE ESTRUTURAL

Transcorrida uma década de aplicação dos programas de ajuste de inspiração neoliberal, existe consenso de que produziram notável regressão e polarização social tanto em países em desenvolvimento (UNDP, 1992; Kanji, Kanji & Manji, 1991; Walton & Seddon, 1994) como nos desenvolvidos (Davis, 1986; Perlo, 1994). Uma das razões para a realização da Conferência de Desenvolvimento Social (ONU, 1995) foi o próprio reconhecimento deste fato e a consciência de que ele está se convertendo na fonte de uma situação de profundo conflito social e político, em 'bomba social'. Por outro lado, há divergências quanto a interpretar este fato como efeito transitório do ajuste (Banco Mundial, 1993) ou como tendência secundária de longo prazo da política neoliberal (Valenzuela, 1990; Huerta, 1992).

Nesse sentido, os dados mexicanos são ilustrativos, pois permitem avaliar os efeitos de doze anos de aplicação de um projeto neoliberal, considerado exemplar, sobre as condições de reprodução social. Durante esse período, 90% da população empobreceram e entre 20 a 25% da população vivem hoje em condições de extrema pobreza e outros 55%, em condições de pobreza ou pobreza moderada (Alarcón, 1994).[1] Simultaneamente incrementou-se a riqueza extrema, já que entre 1991 e 1994 os mexicanos proprietários de bilhões de dólares passaram de dois para vinte e quatro na lista da Forbes. Esta polarização reflete a crescente desigualdade na distribuição da renda. Deste modo, as famílias que compõem os 10% mais ricos incrementaram sua participação na renda de 32,8% em 1984, para 37,9% em 1989 e 38,2% em 1992, enquanto os 10% mais pobres tiveram sua participação diminuída de 1,7%, para 1,6% e 1,5% nos mesmos anos (Poder Ejecutivo Federal, Mexico, 1994). Da mesma forma, entre 1983 e 1992, o percentual da renda nacional disponível correspondente aos salários caiu de 42% para 26,5% e, de forma correlata, o percentual relativo ao capital subiu de 48% para 63%. Isto significou, para os trabalhadores, a perda de um montante equivalente a toda a renda nacional disponível em 1992 (Laurell, 1994). O principal mecanismo para obter esta expropriação de parte da renda dos trabalhadores foi a compressão salarial imposta mediante os "pactos" corporativos: assim, o salário mínimo caiu 55% de 1982 a 1992; o salário industrial caiu 41%; e o salário médio 40% (Poder Ejecutivo Federal, Mexico, 1994).

---

[1] BOLTVINIK, usando outro método para calcular a pobreza, chegou ao resultado de 66% (*La Jornada*, 17/02/1994).

O trabalho apresenta tendências igualmente negativas: o emprego formal praticamente estancou a partir de 1983, enquanto o desemprego encoberto, ou seja, as atividades informais proliferaram. Os baixos salários e a irregularidade do emprego mostram situação de precariedade para a maioria da população. Atualmente, uma família trabalhadora necessita de três salários mínimos e meio para cobrir o custo da cesta básica de consumo. Cerca de 70% da PEA (População Economicamente Ativa) não alcançam esta renda por ganhar três salários mínimos ou menos; destes, 21,6% ganham um salário mínimo ou menos; outros 39%, entre um e dois salários mínimos; e somente 8% ganham cinco ou mais salários mínimos (INEGI, 1990).

Paralelamente ao processo de empobrecimento, o governo reduziu o gasto social, afetando gravemente os serviços de Educação e Saúde e os programas de nutrição e moradia (Laurell, 1994). Promoveu com isto o crescimento dos serviços privados, cuja utilização está condicionada à capacidade econômica de cada um. O programa de compensação social, o *Programa Nacional de Solidaridad* (PRONASOL), fracassou por diversas razões na pretensão de aliviar a pobreza e garantir piso social básico a toda a população (Laurell & Wences, 1994). Ele dispõe de escassos recursos (0,7% do PIB), os quais são manejados de modo discricionário pelo poder executivo federal em função de objetivos políticos (Molinar Horcasitas, 1994). Isto explicaria porque existe relação frágil entre destinação de recursos e nível de pobreza. O novo programa de choque, adotado pelo governo mexicano em 1995, acarreta renovada compressão salarial, perda substancial de emprego, corte do gasto público etc., o que acelerará a crise social.

Os dados mexicanos, cujas tendências básicas se repetem na maior parte dos países sujeitos às políticas de ajuste, falam da grave deterioração dos perfis de reprodução social de praticamente todos os grupos e classes sociais no que diz respeito tanto ao trabalho como ao consumo. A situação é mais grave na América Latina do que nos países desenvolvidos, porque o ajuste foi aplicado com maior rigor e partiu de condições prévias marcadas por graves carências sociais e por desigualdade pronunciada.

Torna-se necessário reconhecer que organismos como o Banco Mundial têm promovido o reconhecimento público do custo da pobreza e da necessidade de combatê-la. Não obstante, este mérito se reverte no momento em que considera a pobreza como condição excepcional, passível de ser enfrentada por meio de programas especiais, e não como condição que caracteriza as maiorias e que requer, portanto, medidas universais de política social e econômica.

## PERFIS DE MORBI-MORTALIDADE DE AJUSTE

Embora o impacto negativo das políticas de ajuste sobre os perfis reprodutivos seja bastante nítido, o mesmo não ocorre com relação a seu impacto sobre os perfis de morbi-mortalidade. Conquanto tenha sido constatado empiricamente o impacto negativo do ajuste como, por exemplo, sobre a mortalidade infantil nos países pobres da África (Loewenson, 1993), nos países de médio desenvolvimento tem-se observado, com maior freqüência, uma dissociação paradoxal entre a deterioração das condições de vida e trabalho e os indicadores de saúde. Este fato tem sido utilizado como prova de que a devastação social secundária ao ajuste tem sido exagerada e que seus efeitos podem ser revertidos com programas sociais compensatórios, rigorosamente focalizados e com alto rendimento custo-benefício (Banco Mundial, 1993).

Uma explicação alternativa é a de que se trata de problema conceitual e metodológico que guarda relação com a falta de valor demonstrativo dos indicadores. Desse modo, não diz respeito a uma dissociação entre condições sociais e de saúde, mas à separação entre o processo em marcha e os indicadores convencionalmente utilizados para conhecê-lo. Se aceitarmos este ponto de vista e explorarmos esta explicação – que implica uma concepção da saúde-doença como processo complexo e integral, resultado de múltiplas determinações – teremos que formular e responder questões de natureza diversa das habitualmente abordadas. Entre as de particular relevância para nosso tema, incluem-se as seguintes:

- Quais são os processos críticos para a saúde implicados nas distintas políticas econômicas e sociais? Que grupos são por eles afetados? Que tipo de patologia provocam? Como se distribuem na sociedade?
- Quais são os indicadores sociais adequados para refletir mudanças rápidas e quali-quantitativas nas condições de vida e trabalho?
- Sob que condições e com que latência temporal se modificam as tendências seculares da mortalidade?
- Em que sentido é a relação entre a mortalidade e a morbidade passível de alteração? Ou, mais precisamente, a queda da mortalidade indica incremento nas condições de saúde e decréscimo da morbidade?

A crise e a transformação dos anos 80 explicitaram vários fatos importantes com relação ao primeiro grupo de perguntas que ilustra a complexidade do problema. Uma primeira observação é a de que o impacto das políticas na saúde não se relaciona somente com mudanças no consumo, como sugerem implicita-

mente os 'pobrólogos' do Banco Mundial,[2] mas também com transformações nos processos produtivos, no mercado de trabalho e nas relações sociais, questão amplamente documentada na literatura científica. Isto é, dever-se-ia ir de encontro às pegadas das políticas de saúde em distintos planos.

A ausência dos elementos de consumo básico é a situação limite que afeta os países e a população mais pobre e que se reflete na morbi-mortalidade infecto-nutricional (Loewenson, 1993; Kanji, Kanji & Manji, 1991). Um segundo plano se refere aos transtornos na saúde causados pela perda da inserção na produção em uma sociedade produtivista. Assim, grande número de estudos do processo de desemprego (Grayson, 1985; Westcott et al., 1985) demonstra que esse fato tem importância ainda quando não implica mergulhar no 'subconsumo'. Na América Latina dever-se-ia incluir, na análise, a destruição de parte importante da agricultura em função da abertura comercial indiscriminada, que rompe estratégias de sobrevivência longamente ensaiadas. A expressão psico-biológica da perda da inserção produtiva é variada e distinta para diferentes grupos e categorias sociais (Starrin et al., 1990); relatam-se enfermidades psicossomáticas, transtornos psíquicos, suicídios, adições e incrementos em indicadores de mal-estar social, tais como a violência, dentro e fora do lar, delinqüência etc. Cabe sublinhar que alguns destes transtornos não se traduzem diretamente em alterações na mortalidade.

Os efeitos da expulsão da vida produtiva se sobrepõem aos da transformação dos processos de trabalho (Echeverría, 1984), questão que permite matizar a polêmica sobre o impacto do ciclo econômico na mortalidade (Brenner, 1976, 1987; Eyer, 1977; Kasl, 1979; Starrin, 1990), já que estes também se expressam enquanto incremento da patologia psíquica e psicossomática, bem como dos acidentes de trabalho (Echeverría, 1984). Em nossos países, teríamos que acrescentar os efeitos da precariedade do trabalho industrial e o acelerado aumento do trabalho infantil e feminino (Laurell, 1990).

Com relação à sensibilidade dos indicadores sociais para refletir mudanças rápidas e quali-quantitativas nas condições de vida e trabalho, teríamos que examinar diversas questões. Os índices de desenvolvimento ou marginalidade não medem de forma satisfatória o impacto imediato dos programas de ajuste, já que este se dá principalmente sobre o emprego, o salário e a distribuição de renda. Por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano – baseado em indicadores de expectativa de vida, melhoria na educação (percentual de analfabetismo e

---

2 Referência irônica a funcionários do Banco Mundial (N. T.).

média de anos de escolaridade) e PIB *per capita* – ou o Índice de Marginalidade Municipal mexicano (CONAPO, 1993) – construído a partir de indicadores de etnicidade, educação, qualidade de moradia e saneamento básico – expressam a acumulação histórica de bem-estar ou dos atrasos sociais. Com isso quero dizer que dificilmente tais índices permitem detectar, por exemplo, uma rápida deterioração na educação ou nos serviços básicos.[3] Além disso, incluem com freqüência dados censitários compilados a cada dez anos e/ou indicadores que apresentam problemas de registro, como é o caso da expectativa de vida. Estas limitações determinam a necessidade de construir novos índices, elaborados em função dos processos embutidos nas novas políticas ou mesmo utilizar um conjunto de dados desagregados referentes a níveis de pobreza, distribuição de renda, salário, emprego, 'informalização' e intensidade do trabalho.

As dificuldades implicadas nos indicadores sociais fazem-se todavia mais complexas com relação aos indicadores de saúde. Um primeiro problema concerne às tendências seculares da mortalidade já que, com exceção de países com condições de sobrevivência extremamente frágeis, estas não parecem ter se modificado de um modo global no período de crise e ajuste. Subjacente a este fenômeno existe uma série de problemas que requer exame mais detido. Por exemplo, cabe perguntar como gravita sobre estas tendências a acumulação histórica de conhecimentos, serviços básicos e bens. Outra pergunta se refere ao tempo necessário para que o impacto das novas políticas se expresse na mortalidade. Outras ainda dizem respeito a quais grupos de idade sofrem maior impacto sobre a mortalidade e como se expressa a desigualdade ante a morte entre um e outro grupo ou entre uma e outra região. Finalmente, teríamos que especificar quais são as causas de mortalidade que refletem mais de perto as políticas características deste período histórico.

Outro grande tema relevante para a interpretação dos indicadores de saúde é a modificação da relação entre a mortalidade e a morbidade ou, de modo mais geral, das condições de saúde. Esta questão se reveste de maior interesse a cada dia, já que os avanços da tecnologia médica e dos procedimentos terapêuticos permitem, sem dúvida, retardar a morte, mas não proporcionam necessariamente condições satisfatórias de saúde. Neste contexto é de particular relevância, para a discussão acerca do impacto das políticas sociais, avaliar a utilização de medidas simplificadas, seletivas e pontuais que visam a incrementar a sobrevida in-

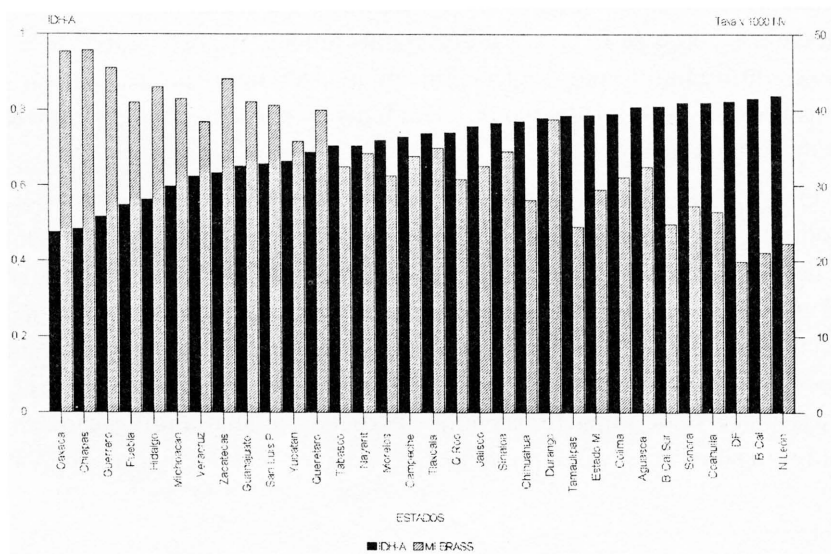
---

[3] Por exemplo, um decréscimo relativo ao ingresso na escola primária não se reflete senão, anos depois, no analfabetismo ou no nível educacional.

fantil, uma vez que estas provavelmente são responsáveis pela diminuição da mortalidade infantil em meio à devastação social atual. Interessa, então, esclarecer em que condições sobrevivem as crianças objeto destas medidas.

## CASO DO MÉXICO

Para ilustrar algumas das questões acima desenvolvidas faremos uma sucinta análise dos índices positivos de saúde ocorridos no México durante o período de aplicação do projeto neoliberal. À primeira vista, os indicadores de mortalidade têm comportamento favorável já que, no período entre 1991 e 1992, os dados oficiais referem que a taxa de mortalidade geral cai de forma contínua de 6,5 para 4,7 por mil; a infantil, de 35,7 para 18,8 por mil nascidos vivos; a pré-escolar, de 2,8 para 1,3 por mil; e a materna, de 8,7 para 5,0 por mil nascidos vivos (Poder Ejecutivo Federal, Mexico, 1994).

**Gráfico 1 – IDH-A e mortalidade infantil por estados. México – 1993**

Fonte: Secretaria de Saúde e Zepeda.

Sem dúvida, uma primeira observação é a de que a mortalidade infantil, calculada pelo método Brass, estima para o país, em 1993, quase o dobro do calculado por outros métodos – 34,8 (Secretaría de Salud, Mexico, 1994) –, ou seja há um sub-registro importante. Ademais, o cálculo com o método Brass mostra relevante desigualdade entre os diversos estados: em um extremo, com 19,9, referente à capital e, em outro, mais do que o dobro – 47,9 –, para Oaxaca, como se constata no Gráfico 1. Desagregando a informação em nível municipal, encontramos extraordinária desigualdade, uma vez que 31 municípios reportam mortalidade infantil abaixo de 15, enquanto 47 apresentam taxa superior a 80, ou seja, mais do que o quíntuplo; os dados municipais extremos de 6,5 e 128,1 expressam diferença da ordem de 20 vezes (Secretaría de Salud, Mexico, 1994). Cabe acrescentar que há áreas com mortalidade infantil acima de 60, ou seja, três vezes maior que a média, na zona metropolitana da cidade do México.

Observa-se também que há certa covariação entre o Índice de Desenvolvimento Humano ajustado por distribuição de renda (IDH-A) e a mortalidade infantil (Zepeda, 1992). Contudo, a análise da variação percentual da mortalidade infantil por estado (Gráfico 2) não demonstra nenhum padrão regular em função do IDH-A, o que, por um lado, significa dizer que a melhoria observada é secundária a processos alheios aos componentes deste índice. Por outro lado, no sentido oposto ao da variação percentual decrescente da mortalidade geral, infantil e pré-escolar, nota-se variação percentual crescente por desnutrição, que chega a ser de mais de 300% (Gráfico 2), mas que tampouco está associada ao IDH-A. A tendência inversa da mortalidade por desnutrição em face da tendência da mortalidade geral pode ser observada nas taxas dos infantes e dos pré-escolares (Gráfico 3). O incremento na mortalidade por desnutrição sugere que a sobrevivência das crianças não significa necessariamente boas condições de saúde.

Os dados de morbidade infantil e pré-escolar (Tapia-Dias et al., 1994) do período 1980-1993 reforçam esta suposição, uma vez que revelam tendência de crescimento sustentado, com taxas que experimentam aumentos de duas a cinco vezes para Infecções Respiratórias Agudas (IRAs), infecções intestinais, pneumonia e tuberculose. Estes dados coincidem com aqueles encontrados em outro estudo sobre a morbidade da população geral, que além disso faz análise da regressão sanitária expressa nos surtos epidêmicos de malária, sarampo e cólera (López & Blanco, 1993), aos quais deveríamos acrescentar a fome em grandes proporções (*hambruna*), que ocorreu no final de 1994, em área indígena do norte do país.

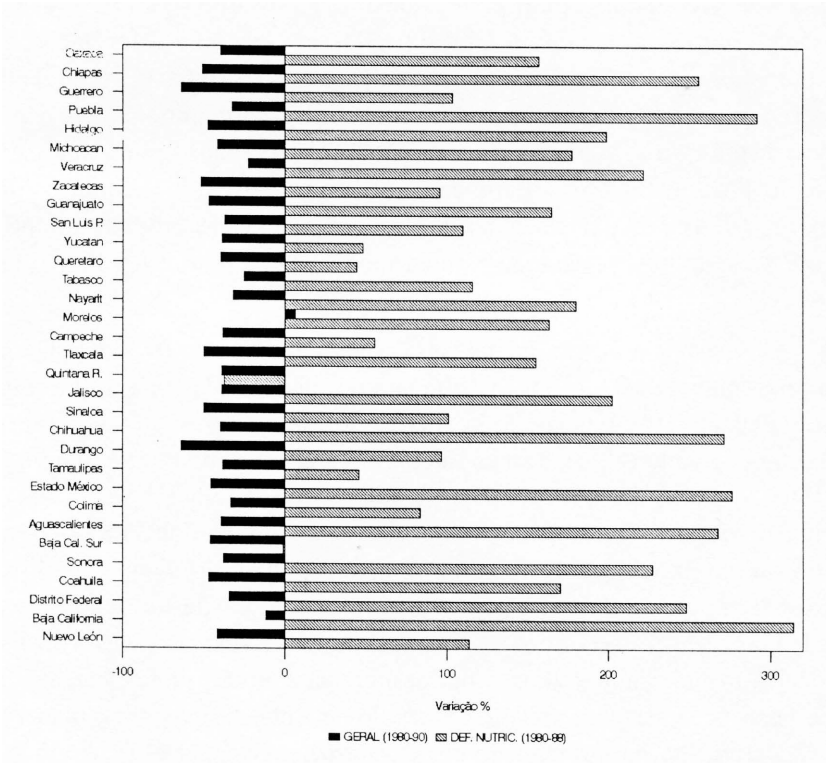
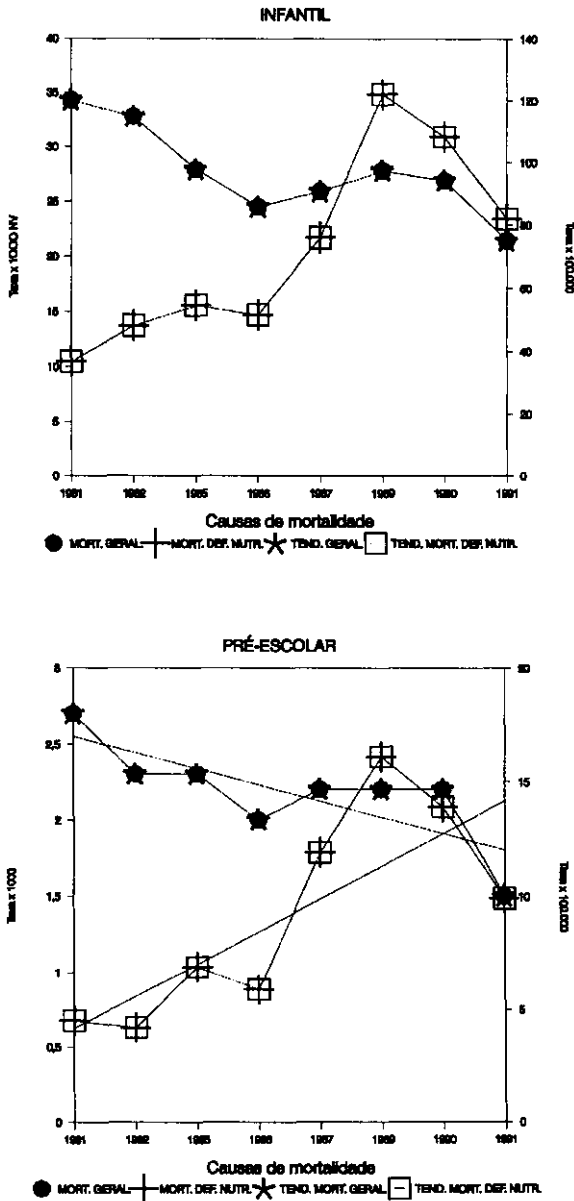
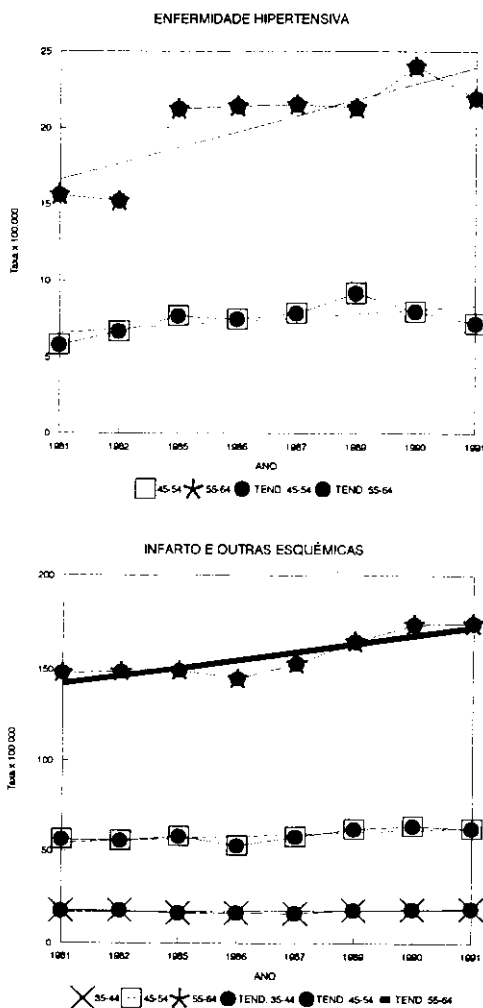
**Gráfico 2 – Variação (%) da mortalidade infantil geral e por deficiência nutricional. Estados Federados, México – 1980-1990**

Fonte: INEGI, PRONAZOL e Zepeda.

**Gráfico 3 – Mortalidade infantil e pré-escolar, geral e por deficiência nutricional. México – 1981-1991**

Fonte: World Health Statistic Annual.

Ainda que a mortalidade geral demonstre tendência decrescente no período do ajuste neoliberal, existem indicações de incremento das condições de estresse, situação que poderia estar relacionada aos processos de expulsão produtiva e mudanças nos processos de trabalho. Desta maneira, observa-se tendência de aumento da mortalidade por doenças hipertensivas e isquêmicas do coração entre homens na segunda metade de sua vida produtiva (ver Gráfico 4).

**Gráfico 4 – Mortalidade cardiovascular em homens, idade produtiva. México – 1981-1991**

Fonte: World Health Statistic Annual.

Do mesmo modo, mostra-se significativo que a mortalidade por suicídio tenha experimentado acréscimo em todos os grupos em idade produtiva, entre os homens, no período analisado (ver Gráfico 5). O fato de que, a partir da aplicação do atual programa de choque, ocorre uma virtual epidemia de suicídios na cidade do México reforça sua relação com as políticas de ajustes, constatando-se duplicação dessas taxas em comparação com as do ano anterior (1994). Outro índice de morte violenta que experimenta incremento significativo é o de 'outras violências' (ver Gráfico 6), que inclui a 'violência legal', ou seja, mortes infligidas pelas diversas corporações policiais; indicador que revela o ambiente de violência institucionalizada.

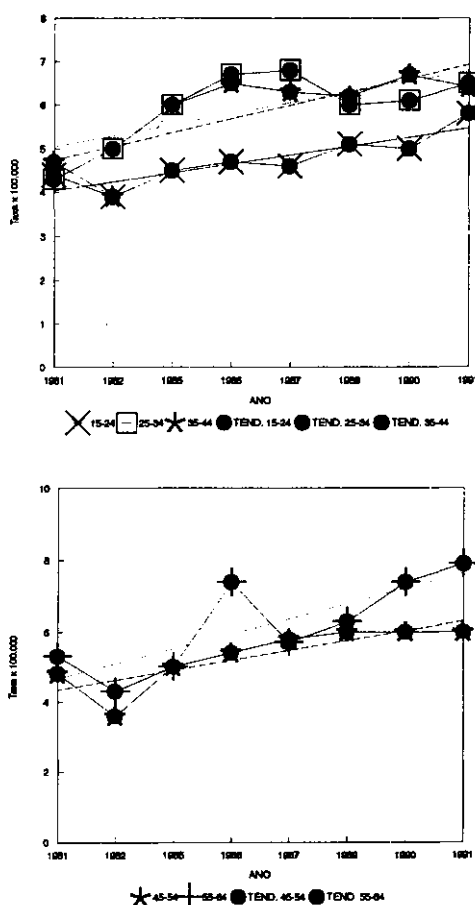
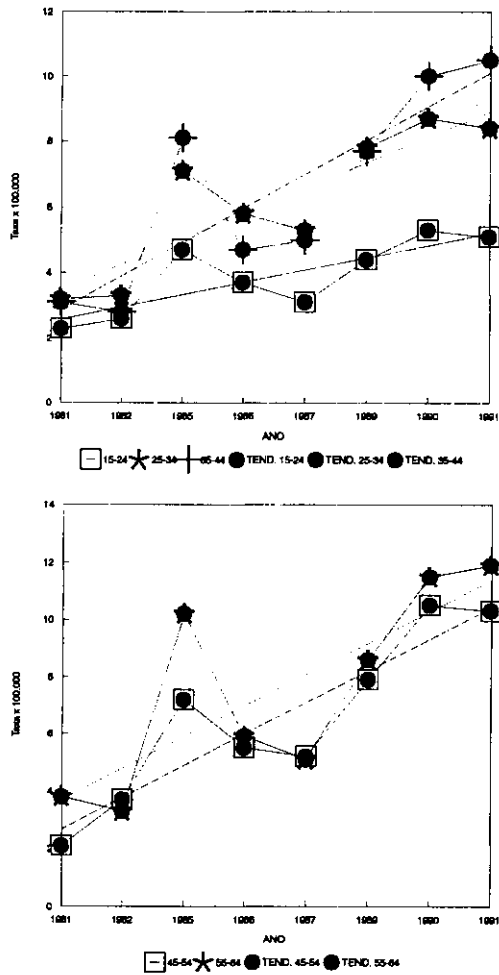
**Gráfico 5 – Mortalidade por suicídios em homens, idade produtiva. México – 1981-1991**

Fonte: World Health Statistic Annual.

**Gráfico 6 – Mortalidade por outras violências em homens, idade produtiva. México – 1981-1991**

Fonte: World Health Statistic Annual.

Este conjunto de dados talvez instigue mais questões do que formule respostas. Não obstante, reforça a hipótese de que as atuais políticas econômicas e sociais têm importante impacto negativo sobre a saúde da população, caso se defina a saúde em termos das condições necessárias para desenvolver capacidades e potencialidades produtivas e sociais. Depreende-se também que este impacto negativo se distribui desigualmente e é maior em relação a alguns grupos, que não são necessariamente

definíveis a partir dos indicadores sociais convencionais. Ressalta também que os indicadores usuais de saúde, em especial a mortalidade infantil, são absolutamente insuficientes para esclarecer o que está ocorrendo com a saúde da população no processo de mudança atualmente em curso. Existe, pois, a necessidade de desenvolver uma série de estudos que permita resgatar a complexidade da relação entre os processos sócio-econômicos e o processo saúde-doença em sua integralidade. Somente assumindo este desafio, torna-se possível ultrapassar a simples enunciação da idéia de saúde como necessidade humana básica e imperativo ético, e engendrar um conhecimento que permita consubstanciar e precisar quais são as necessidades a satisfazer de modo a que se desenvolvam as capacidades e potencialidades humanas, biológicas e psíquicas.

Meus agradecimentos a Juan Carlos Verdugo por seus comentários ao trabalho, ajuda na coleta das informações e elaboração dos gráficos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKIN, J. *Financing Health Services in Developing Countries.* Washington D.C.: World Bank, 1987.

ALARCÓN, D. *Changes in the Distribution of Income in Mexico and Trade Liberalization.* San Diego: El Colegio de la Frontera Norte, 1994.

BANCO MUNDIAL. *Invertir en Salud.* Washington, D.C., 1993.

BODENHEIMER, T. Should we abolish the private health industry? *International Journal of Health Services,* 20(2):199-220, 1990.

BREILH, J. *Epidemiologia: Economia, Medicina e Política.* Quito: Universidad Central, 1979.

BRENNER, H. E*stimating the Social Costs of National Economical Policy: implications for mental and physical health and criminal agression joint.* Economic Committee of the U.S. Congress, U.S. Washington, D.C.: Government Printing Ice, 1976.

BRENNER, H. Economic instability, unemployment rates, behavioral risks and mortality rates in Scotland 1952-1983. *International Journal of Health Services*, 17(3):475-487, 1987.

CONAPO. *Indicadores Socio-Económicos e Indices de Marginación Municipal*. México, 1993.

DA VITE, A. O lugar dos direitos na moralidad política. *Lua Nova*, 30:5-34, 1993.

DAVIS, M. *The Prisoners of the American Dream*. London: Verso, 1986.

DOYAL, L. & GOGH, I. *A Theory of Human Need*. London: MacMillan, 1991.

ECHEVERRÍA, M. *Enfermedades de los Trabajadores y Crisis Económica*. Santiago: PET, 1984.

ESPING-ANDERSEN, G. *The Three World of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990.

EYER, J. Does unemployment cause the death peak in each business cycle? *International Journal of Health Services*, 7(4):625-62, 1977.

GEORGE, V. & WILDING, P. *Welfare and Ideology*. London: Harvester Wheatsheaf, 1994.

GRAYSON, J. P. The closure of a factory and its impact on health. *International Journal of Health Services*, 5(1):69-93, 1985.

HUERTA, A. *Liberalización e Inestabilidad Económica en México*. México: Diana, 1992.

INEGI. *XI Censo General de Población*. México, 1990.

KANJI, N.; KANJI, N. & MANJI, F. From development to sustained crisis: structural adjustment, equity and health. *Soc. Sci. Med*, 33:985-993, 1991.

KASL, S.V. Mortality and the business cycle. *American Journal Public Health*, 69:784-788, 1979.

LAURELL, A. C. & WENCES, M. I. Do poverty programs alleviate poverty. *International Journal of Health Services*, 24(3):381-401, 1994.

LAURELL, A. C. La salud en el proyecto modernizador gubernamental. In: ANGUIANO, A. (Ed.) *La modernización en México*. México: UAM-X, 1990. p. 286-302.

LAURELL, A. C. A nova face da política social mexicana. *Lua Nova*, 32:17-36, 1994.

LAURELL, A. C. La Lógica de la privatización en salud. In: EIBENSCHUTZ, C. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

LOEWENSON, R. Structural adjustment and health policy in Africa. *International Journal of Health Services*, 23(4):717-730, 1993.

LÓPEZ, O. & BLANCO, J. *La Modernización Neoliberal en Salud*. México en los Ochenta. México: UAM-X , 1993.

MOLINAR HORCASITAS, J. Determinantes electorales y consecuencias del Programa Nacional de Solidariedad. In: CORNELLUS (Ed.) *Transforming State-Society Relations in Mexico: the national solidarity strategy*. San Diego: University of California, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaración y Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*. ONU, 1995. (Mimeo.)

PERLO, V. Losses of U.S. workers in 1992. *International Journal of Health Services*, 24(4):793-799, 1994.

PIERSON, C. *Beyond the Welfare State?* Cambridge: Polity Press, 1991.

PIÑERA, J. *La Revolución Laboral en Chile*. Santiago: Zig-Zag, 1990.

PODER EJECUTIVO FEDERAL, Informe de Gobierno, México, 1994.

SECRETARIA DE SALUD. Cifras Municipales. *Bases de Información para la Salud*. Mexico, 1994.

STARRIN, B. et al. Structural changes, ill health, and mortality in Sweden, 1963-1983. *International Journal of Health Services*, 2(1):27-42, 1990.

TAPIA DIAS, A. M. et al. *Morbilidad por Causas Selecionadas en Población Menor de Cinco Años, México 1980-1003 en la Salud de los Niños*. México: *SSA-Unicef*, 1994.

TAYLOR-GOOBY, P. Welfare, hierarchy and the "New Right". *Int. Sociology*, 4(4):431, 1985.

UNDP. *Human Development Report*. New York: Oxford University Press, 1992.

VALENZUELA, J. *Crítica del modelo neoliberal*. México: FE-Unam, 1990.

WALTON, J. & SEDDON, D. *Free Markets and Food Riots: the politics of global adjustment*. Cambridge: Blackwell, 1994.

WESTCOTT, G.; SVBENSSON, P.-G. & ZÖLLNER, J. F. *Health Policy Implications of Unemployment*. Copenhagen: WHO, 1985.

ZEPEDA, E. *Perspectivas Regionales del Desarrollo Humano en Mexico*. México: Fundación F. Ebert, 1992.

5

# RELAÇÃO INTERNACIONAL ENTRE EQÜIDADE DE RENDA E EXPECTATIVA DE VIDA*

*Richard Wilkinson*

Diversos estudos têm demonstrado que, tanto nos países desenvolvidos quanto nos menos desenvolvidos, as populações que apresentam menores diferenças de renda entre seus diversos segmentos tendem a usufrruir melhor saúde. Rogers (1979), utilizando dados da década de 60, referentes a um grupo de 56 países, descobriu que renda média e distribuição de renda constituíam indicadores independentes da mortalidade. Mais recentemente, em pesquisa envolvendo setenta países em diversos estágios de desenvolvimento, Waldmann (1992) encontrou que, controlada a renda real dos 20% mais pobres da população, os aumentos da renda dos 5% mais ricos estavam associados ao aumento – e não à queda – da taxa nacional de mortalidade infantil. Wennemo (1993) e Flegg (1982) mostraram também a relação entre distribuição de renda e taxas de mortalidade infantil. Usando dados obtidos a partir de estudos transversais,

* Tradução: *Francisco Inácio Bastos & Cecilia A. Coutinho*

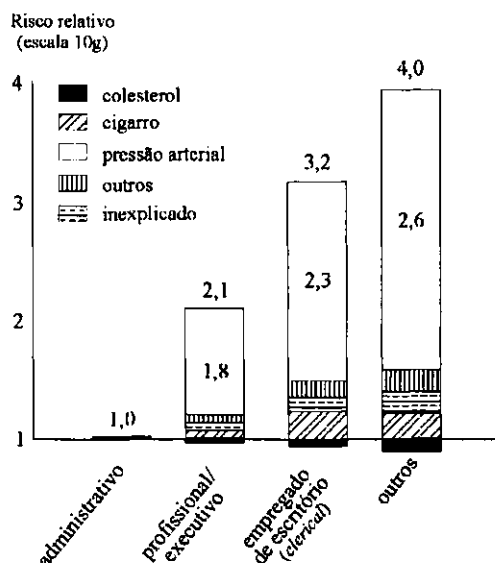
bem como dados acerca de tendências temporais, Wilkinson (1992, 1994a, 1994b) observou associação entre distribuição de renda e expectativa de vida nos países desenvolvidos. Para além da mortalidade, Steckel (1983) descreveu a correspondência entre estatura média e distribuição de renda. Estas associações mostraram-se independentes dos efeitos da renda média e da provisão de serviços médicos, educação e escolaridade materna (Waldmann, 1992; Steckel, 1983; Wilkinson, 1992).

O presente trabalho trata da relação entre renda e mortalidade quase exclusivamente sob a perspectiva da análise dos países desenvolvidos. Inicia-se apontando evidências sugestivas de que, nestes países, a influência da pobreza na saúde é, fundamentalmente, a influência da renda relativa, da privação relativa, e não de padrões estritamente materiais. Esta estratégia de estudo fez com que fossem discutidas algumas indicações de que as trajetórias psicossociais são provavelmente importantes na relação entre renda relativa e mortalidade dentro desses países. Finalmente, no caso de as trajetórias psicossociais estarem de fato envolvidas em vínculos dessa natureza, pode-se concluir que é porque a saúde provavelmente configura um dos inúmeros parâmetros sociais afetados pela renda relativa.

A Figura 1 expõe a conhecida associação entre privação, ou diferentes níveis de *status* sócio-econômico, e mortalidade. Estes dados provêm do estudo Whitehall, que acompanhou 17 mil funcionários civis ingleses, todos empregados de escritórios, classificados de acordo com o tempo de serviço, do mais antigo ao mais novo. O gráfico demontra que as taxas de mortalidade por doenças coronarianas eram quatro vezes maiores entre os empregados mais antigos do que entre os mais jovens. Do conjunto de causas de morte – que não consta do gráfico exibido – há dessemelhança da ordem de três vezes. O gráfico também permite que se note quão pouca diferença nos riscos de doenças cardíacas pode ser explicada pelos fatores de risco mais relevantes. Praticamente, qualquer medida de *status* econômico e social e qualquer medida de saúde mantêm forte relação entre si.

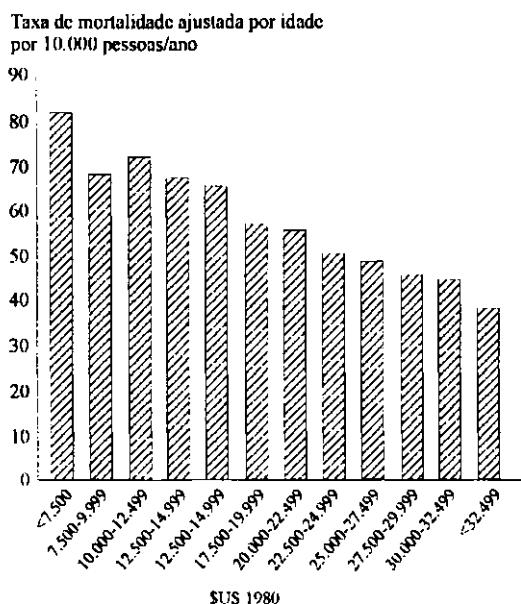
Exemplificando, a Figura 2 apresenta as taxas de mortalidade de acordo com as faixas de renda nos Estados Unidos. Os dados provêm de trezentos mil homens brancos engajados no estudo MRFIT. Ambos os gráficos revelam diferenças na saúde distribuídas segundo um gradiente que atravessa todas as classes sócio-econômicas. Este gradiente expressa que estamos lidando não com algo limitado aos pontos extremos da distribuição, um problema restrito aos mais pobres ou a

qualquer outro grupo, mas algo que atravessa toda a sociedade. Isso traz implicações para a natureza das explicações mais plausíveis.

**FIGURA 1 – Risco relativo de morte por doença coronariana de acordo com a categoria profissional e proporções de diferença que possam ser explicadas estatisticamente por vários fatores de risco**

"Outros" inclui estatura, massa corporal, tempo de atividades de lazer, exercício, tolerância à glicose.
Fonte: Rose et al. (1978).

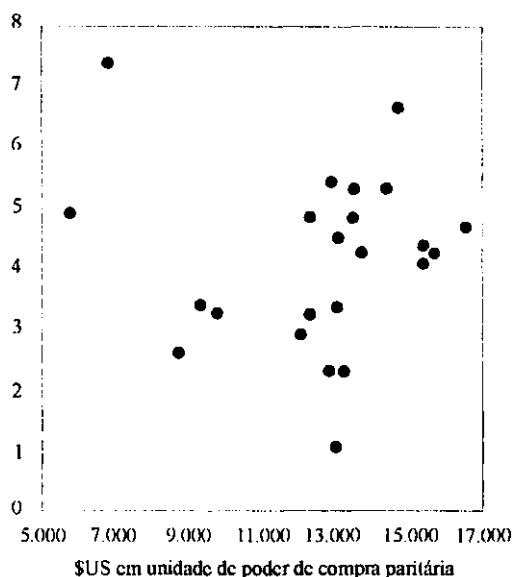
Apesar da íntima associação que constatamos entre fatores sócio-econômicos e a mortalidade no âmbito dos diversos países, observa-se relação muito frouxa dos diversos países entre si. Por exemplo, a Figura 3 exibe flutuações no PIB *per capita* no que diz respeito a mudanças na expectativa de vida ao longo de vinte anos (1970 -1990). O PIB *per capita* foi convertido em "unidades de poder de compra paritária", de modo que os dados refletissem adequadamente o real padrão de vida, o controle efetivo das pessoas sobre os recursos, o que não poderia ser avaliado de outro modo. Em lugar do claro gradiente de mortalidade que vimos no âmbito dos diversos países, temos aqui um padrão de dispersão aleatório. A relação transversal entre os grupos não é mais conclusiva. Isso não decorre de erro amostral, pois tais casos correspondem a uma nação inteira. Na verdade, indica

de forma consistente que diferenças dos padrões de vida entre países desenvolvidos têm pouca relevância para a saúde e, ainda, que as diferenças intrínsecas a cada país desenvolvido revelam-se extremamente importantes.

**FIGURA 2 – Faixa de renda e mortalidade entre homens brancos nos Estados Unidos**

Fonte: Dados MRFIT de Davey Smith et al. (1992).

Antes de levarmos a análise adiante, cabe uma breve explicação. As populações nos países menos desenvolvidos obviamente apresentam muito menor expectativa de vida. Esta cresce rapidamente com o incremento do PIB *per capita*, até ao ponto em que começa a 'achatar-se' em determinado limiar – situado em torno de US$ 5,000.00 em 1990. Os países desenvolvidos estão todos situados no segmento 'achatado' da curva. As diferenças na expectativa de vida entre eles não podem ser claramente distinguidas pelos níveis do PIB *per capita*. Com o passar do tempo, em lugar de os países se moverem ao longo de uma dada curva que relaciona a expectativa de vida ao PIB *per capita*, observa-se deslocamento da curva, como um todo, para cima. Portanto, é somente entre países desenvolvidos que deixa de existir a relação concernente a PIB *per capita* e expectativa de

vida; mesmo assim, a associação desta com a renda se mantém extremamente forte no interior destes países.

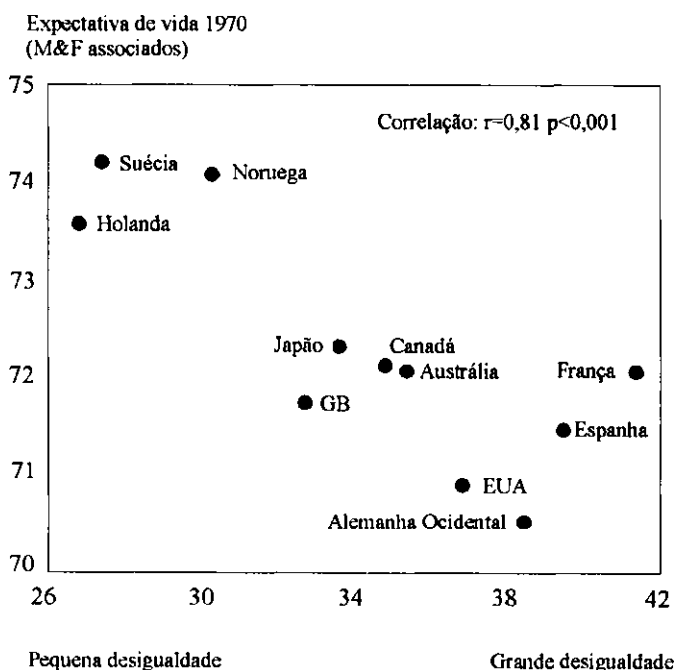
**FIGURA 3 – Acréscimo da expectativa de vida e no PIB *per capita* nos países da OECD. 1970-1990**

Fonte: OECD (1992) e Banco Mundial (1992).

Este paradoxo talvez possa ser explicado pelo fato de estarmos lidando com efeitos da renda relativa ou posição sócio-econômica relativa interna aos países, e não com padrões materiais absolutos. Essa conclusão encontra respaldo nos dados referentes à distribuição da renda no interior dos países.

Dados internacionalmente comparáveis da distribuição de renda nos países só recentemente se tornaram disponíveis. A Figura 4 utiliza os primeiros dados comparativos que pudemos encontrar. Em um corte seccional, apresenta a relação entre o coeficiente Gini referente à desigualdade de renda e à expectativa de vida em alguns países da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD). Quando constatamos pela primeira vez esta clara relação – estatisticamente significativa apesar do pequeno número de países – ela era muito menor do que o esperado. Pensamos que existiria, no máximo, uma fraquíssima associação e, assim, deduzimos que era uma relação provavelmente

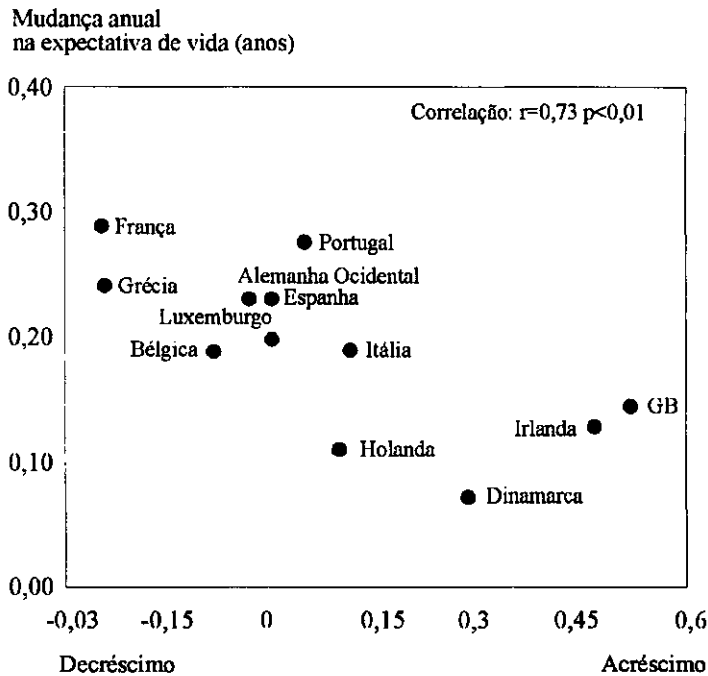
espúria, deixando-a de lado por vários anos. A ela retornamos somente depois de ler um trabalho no qual se dava a conhecer que o Japão, em 1988, possuía a melhor expectativa de vida e a mais 'apertada' distribuição de renda do mundo (Marmot & Davey Smith, 1989).

Como a Figura 4 evidencia, o Japão em 1970 estava situado em posição intermediária tanto no que diz respeito à distribuição de renda quanto à expectativa de vida. A mudança simultânea e paralela em ambos os parâmetros pareceu-nos mais do que coincidência e passamos então a procurar dados comparativos internacionais de distribuição de renda que nos permitissem analisar mudanças ao longo do tempo.

**FIGURA 4 – Expectativa de vida (M&F) e coeficiente GINI de desigualdade na distribuição de renda – após imposto de renda – (ajustado pelo tamanho de domicílio)**

* O coeficiente GINI mede o grau de desigualdade de renda – não apenas entre ricos e pobres, mas no conjunto da população. Quanto maior o coeficiente, maior a desigualdade. Se todos tivessem a mesma renda, o coeficiente seria 0%. Se toda renda fosse para um indivíduo e os demais não tivessem nada, o coeficiente seria 100%.

Fonte: Wilkinson (1986).

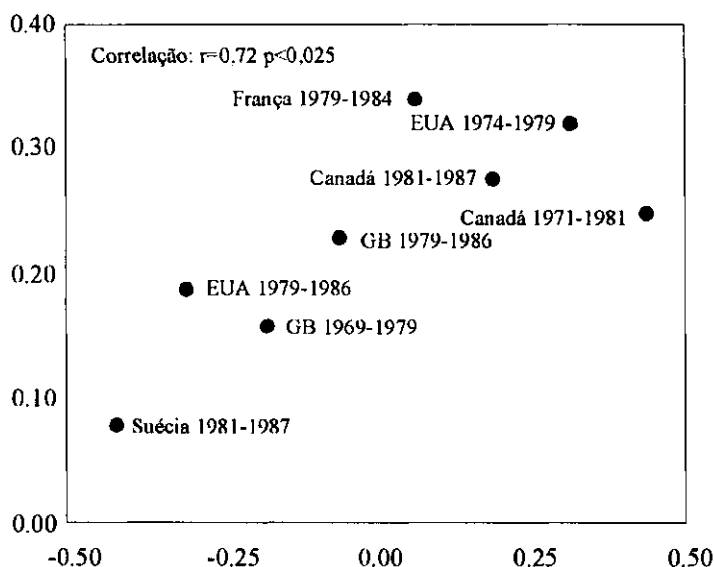
Uma das primeiras fontes que encontramos foi proveniente de um estudo relativo à Comunidade Européia (CE). A Figura 5 mostra as alterações na proporção de habitantes vivendo em relativa pobreza nos então doze Estados-membros da CE, durante o período de 1975 a 1985, e sua ligação com o incremento médio anual da expectativa de vida. Embora se tratasse somente de doze países, esta relação mostrou-se estatisticamente significativa.

**FIGURA 5 – Taxa anual de mudança da expectativa de vida em doze países da Comunidade Européia e taxa de mudança na percentagem da população em relativa pobreza – 1975-1985**

Fonte: O'Higgins & Jenkins (1990).

A Figura 6 revela outro aspecto das mudanças ao longo do tempo mediante a utilização de dados de estudo sobre renda de Luxemburgo. Os dados revelam mudanças na divisão de renda, a qual se desloca para a metade menos próspera da população, e as taxas relativas às alterações na expectativa de vida. Os períodos assimétricos, em que se podem observar as mudanças aqui registradas,

foram definidos a partir dos dados disponíveis. Novamente, a relação é estatisticamente significativa.

**FIGURA 6 – Mudanças na distribuição de renda e expectativa de vida em diferentes países no período de cinco a dez anos**

Acréscimo anual na expectativa média de vida (anos, M&F combinados)

Mudança anual na percentagem da renda recebida pelos 50% em situação menos favorável (ajustado pelo tamanho do domicílio)

Fonte: Dados do Estudo sobre Renda de Luxemburgo.

Nosso propósito, ao expor aqui os dados gerais nacionais e internacionais, é o de distinguir os efeitos da renda relativa e absoluta, em uma análise que não é factível quanto aos dados da renda individual. Afinal, não são os indivíduos e sim as sociedades que apresentam distribuição de renda. A questão de estabelecer se a mortalidade está associada de forma causal à renda de qualquer natureza tem sido analisada em separado (Wilkinson, 1990).

Essas relações não desaparecem quando controladas para os gastos do governo com os serviços de saúde ou outras áreas dos gastos públicos. Igualmente, não é plausível que efeitos dessa ordem sobre a mortalidade sejam secundários a

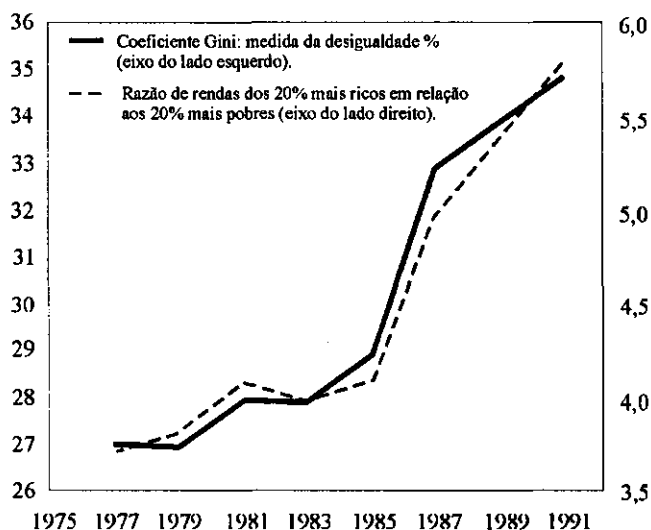
segmentos dos gastos públicos. A visão generalizada entre os epidemiologistas é a de que o impacto global da assistência médica não é um dos principais parâmetros definidores dos índices globais de saúde e de expectativa de vida da população dos países desenvolvidos (Mackenbach et al., 1990). Isto não significa que a assistência médica seja ineficiente: na verdade, ela se vê amesquinhada pela força dos fatores sociais e econômicos. Qualquer um pode estabelecer analogia com o corpo médico militar que, embora efetivo, nunca é o principal determinante do número de mortes que ocorrem em uma batalha. O que importa é a *incidência* do câncer e de doenças cardíacas, resultantes do ambiente social e material em que vivemos e trabalhamos, não as pequenas diferenças relativas às taxas de letalidade relativas a cada caso, índices que sofrem influência da atuação da medicina.

A magnitude das diferenças concernentes à expectativa de vida, que estão associadas às mudanças na distribuição de renda, é relevante. Considerando o que pode ser extraído dos dados disponíveis, a correlação entre expectativa de vida em diferentes países e distribuição de renda é muito mais forte quando se leva em conta não a proporção da renda que cabe aos 10, 20 ou mesmo aos 30% mais pobres da população, mas quando se considera a proporção da renda auferida pela metade menos aquinhoada da sociedade.

Também sugerem efeitos generalizados as comparações dos gradientes de mortalidade por classe social na Inglaterra, País de Gales e Suécia, onde a distribuição de renda é mais homogênea. Os gradientes registrados na Suécia, seja em relação à mortalidade infantil seja à mortalidade entre adultos, não se apresentam tão marcados como na Inglaterra e País de Gales (Wilkinson, 1994a). Constata-se que, ao longo do tempo, ocorreram mudanças súbitas na distribuição de renda. A Figura 7 mostra as tendências na distribuição de renda no período de 1977-91. Observa-se que o leque da distribuição de renda amplia-se gradualmente até meados dos anos 80, período em que de fato começa a dilatar-se em ritmo muito acelerado.

Se as relações internacionais entre distribuição de renda e mortalidade, que vimos anteriormente, refletem os efeitos da renda relativa sobre a mortalidade, bem como se o aumento das desvantagens registradas entre as pessoas pertencentes aos estratos sociais inferiores não for compensada pelo incremento das vantagens relativas à mortalidade nos estratos superiores, podemos supor que serão observados impactos nas taxas de mortalidade britânicas em função da ampliação do leque de distribuição de renda nos anos 80.

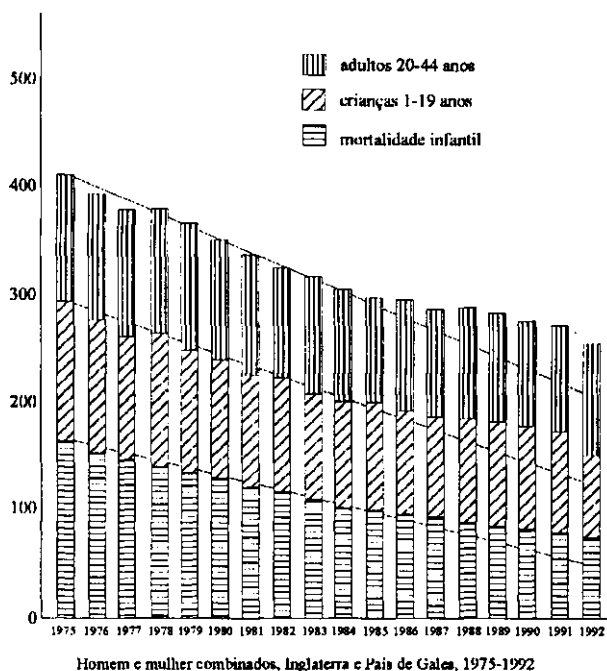
**FIGURA 7 – Ampliando as diferenças de renda**

Distribuição da renda ajustada por tamanho do domicílio, GB3

Fonte: CSO (1993), com agradecimentos a Atkinson.

A Figura 8 aponta as tendências nas taxas nacionais de mortalidade de três grupos etários, entre 1975 e 1992. Os três segmentos do gráfico de barras sombreadas apresentam: a mortalidade infantil precoce no segmento inferior de cada barra; das crianças de um a 19 anos no segmento intermediário; e dos adultos de vinte a 44 anos no segmento situado na parte superior da barra. Os dados de crianças e adultos são padronizados, por idade, para cada grupo de cinco anos de intervalo. Cada segmento é definido como cem para o ano de 1985 e, com isso, as colunas totalizam trezentas naquele ano. As três linhas com inclinação diagonal descendente, por detrás das projeções simplificadas de tendências, indicam os índices de descenso das taxas de mortalidade observados entre 1975 e 1984. O fato de que, ao final dos anos 80, a mortalidade relativa dos três grupos de idade, representados nas colunas, não tenha experimentado um descenso tão rápido quanto as linhas diagonais permite mensurar a redução do declínio da mortalidade que teve lugar em cada um dos grupos etários nos anos 80.

A possibilidade de que essa diminuição no declínio da mortalidade possa ser atribuída à ampliação dos diferenciais de renda não deve ser inferida somente a partir dos dados internacionais que relacionam distribuição de renda e expectativa de vida. Há outra evidência que manifesta a derivação de tais tendên-

cias do que vem ocorrendo com a mortalidade nas áreas mais pobres da Grã-Bretanha.

**FIGURA 8 – Índices relativos a mudanças nas taxas de mortalidade entre jovens adultos, crianças e bebês (1985 = 100 em cada grupo de idade)**

Fonte: Wilkinson (1994).

Existem hoje três pequenos estudos regionais reveladores de que os diferenciais de mortalidade também se alargaram quando os diferenciais sócio-econômicos se ampliaram entre as diferentes áreas, no período compreendido entre os censos de 1981 e de 1991, na Grã-Bretanha (Phillimore et al., 1994; McLoone & Boddy, 1994). Nas áreas mais pobres, as taxas de mortalidade realmente aumentaram em alguns grupos etários. Comparada ao restante da Escócia, a mortalidade em Glasgow, que é a parte mais carente desse país, acresceu; e precisamente de 1985 em diante (Greater Glasgow Health Board, 1993).

Ao que tudo indica, o fato de estarmos lidando, antes com o efeito da renda relativa do que com o da renda absoluta, sugere o envolvimento de processos comparativos e, portanto, cognitivos. O não-pareamento dos dados intrínsecos aos países e dos dados entre diferentes países sugere que não estamos trabalhando com efeitos sobre a saúde dos padrões de vida exclusivamente biológicos nos diversos países. Ao invés de a saúde ser influenciada primeiramente pelo que acontece a cada um e ao seu padrão de vida singular, sem levar em conta os outros, o que importa é onde cada um se situa em relação ao restante da sociedade. Embora a nutrição exerça efeito direto na saúde, e habitações úmidas tenham efeito sobre as doenças respiratórias, estes não são amplos o suficiente para explicar os dados que estamos discutindo.

Pesquisas epidemiológicas fornecem numerosos exemplos de influências dos fatores psicossociais na saúde e na mortalidade. Estudos referentes ao desemprego e saúde, em particular aqueles sobre o fechamento de fábricas, mostram que a saúde se deteriora não só quando o indivíduo fica desempregado, mas também quando os postos de trabalho supérfluos são previamente anunciados e as pessoas passam a preocupar-se com a segurança no emprego (Beale & Nethercott, 1988; Cobb & Kasl, 1977; Iversen & Klausen, 1981). Em larga medida, é a antecipação do desemprego o que importa e implica vínculo psicossocial. O aumento da mão-de-obra marginal em países desenvolvidos certamente vem afetando a saúde. A evidência da força dos fatores psicossociais também provém de estudos observacionais relativos às taxas de mortalidade entre pessoas e comunidades depois de perdas ou após reveses importantes.

Há também grande número de evidências experimentais que demonstram a influência de fatores psicossociais sobre a saúde. Estabelecida a comparação com um grupo-controle, em que foram instiladas gotas nasais de água pura destilada, o risco para indivíduos, que receberam gotas contendo vírus causadores do resfriado, de desenvolverem os sintomas manifestou-se estreitamente relacionado a seus níveis de estresse, mensurados antecipadamente (Cohen, Tyrrell & Smith, 1991). Existem inúmeros experimentos desse tipo, além de uma indústria florescente da psiconeuroimunologia e da psiconeuroendocrinologia voltada à análise de tais associações.

Se, de fato, a distribuição de renda tem impacto poderoso nas taxas de mortalidade através de 'canais' psicossociais, da mesma forma seus efeitos certamente devem ser visíveis dentre os demais indicadores sociais. Pondo de lado a mortalidade, há poucas formas de mensurar o bem-estar ou indicadores psicossociais que possam conduzir a comparações internacionais. As taxas de crimes

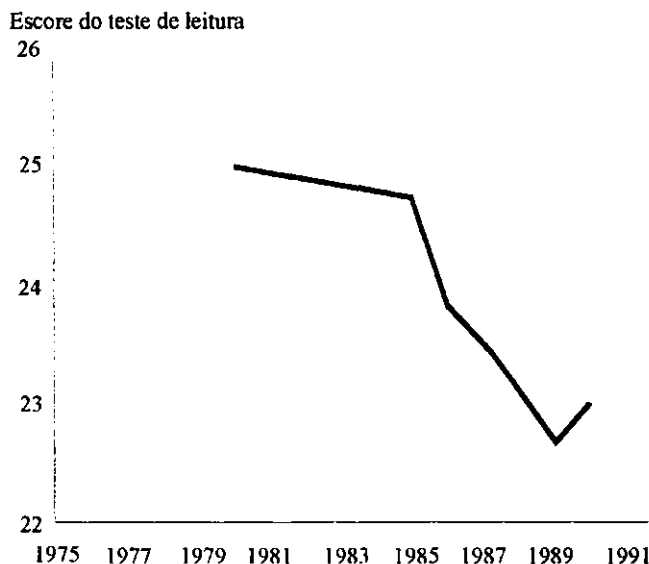
registrados são afetadas pelas diferenças de um país para outro quanto ao registro da informação, leis, práticas legais e diversas circunstâncias. Por exemplo, crimes ligados a automóveis são, em parte, função da disponibilidade deste tipo de veículo. O próprio rastreamento de indicadores de bem-estar psicossocial nos países é bastante difícil. Não somente as medidas são extremamente imprecisas, mas também fortemente influenciadas pelas variações relativas ao registro de informações. Todavia, esses problemas são menos graves quando se estabelecem comparações dentro de um mesmo país ao longo do tempo.

Uma área onde existem medidas razoavelmente válidas, que refletiriam mudanças no bem-estar psicossocial das crianças, é a dos padrões de leitura nas escolas primárias. Dispõe-se aqui de algumas medidas padronizadas, utilizadas em grande número de crianças. Sugerimos recentemente (Wilkinson, 1994a) que as mesmas pressões psicossociais decorrentes da ampliação do leque da distribuição de renda e do incremento da 'privação' relativa na Grã-Bretanha, ao longo dos anos 80, afetou o bem-estar das crianças através dos conflitos familiares, estresse financeiro experimentado pelo pais, insegurança no trabalho, 'privação' relativa, depressão e outros fatores correlatos.

Ao final dos anos 80, surgiu controvérsia importante na Grã-Bretanha acerca do declínio dos padrões escolares referentes à capacidade de leitura. Três pesquisas foram desenvolvidas de modo a verificar a veracidade dessas tendências (Gorman & Fernandes, 1992; Lake, 1991; London Borough of Croydon, 1992). Todas sugeriram que houve declínio, e identificaram 1985 como o ano 'divisor de águas'.

A Figura 9 exibe dados relativos ao Condado de Buckinghamshire, onde os mesmos testes de leitura foram utilizados em todas as crianças em anos subseqüentes. Ela mostra declínio estatisticamente significativo nos padrões de leitura a partir de 1985. Além disso, os três estudos concluíram que os métodos didáticos não explicavam tal declínio – apesar das sugestões governamentais no sentido oposto. O estudo nacional revelou que a deterioração teve lugar nas áreas centrais e empobrecidas da cidade; os estudos locais evidenciaram que isso aconteceu em escolas cujas áreas de abrangência eram mais pobres. Não resta dúvida de que o desempenho educacional é afetado pelas circunstâncias sócio-econômicas. Enquanto a média nacional é de que 1/4 ou 1/3 de todas as crianças em qualquer classe escolar são provenientes de lares relativamente pobres, em áreas mais pobres esta proporção pode subir para 2/3 ou 3/4 do total – nestes casos, supõe-se que o ensino e o aprendizado se tornam mais difíceis.

**FIGURA 9 – Declínio dos padrões de leitura**

Escores para o teste de leitura Chiltern para todos os escolares entre 7 e 8 anos de Buckinghamshire

Fonte: Lake (1991).

Os dados exibidos na Figura 10 provêm da coorte de nascimentos de 1970, na Grã-Bretanha (Woodroffe et al., 1993). Entre as crianças de dez anos, ela revela diferenças quanto à hiperatividade, distúrbios de conduta e ansiedade segundo classe social. Embora as classes sociais não sejam idênticas às faixas de renda, os resultados talvez sejam sugestivos dos processos que correlacionam a pobreza relativa entre as famílias aos escores obtidos nos testes de leitura das crianças a elas pertencentes. Associado a isso, no estudo referente à coorte de nascimento do ano de 1958, encontrou-se que a avaliação, por parte dos professores, do comportamento na idade de 16 anos foi considerado o melhor prognóstico de saúde na idade de 23 anos; com isso, temos um princípio de explicação de como os efeitos psicossociais secundários à ampliação do leque de distribuição de renda pode afetar a saúde e a vida social (Power, Manor & Fox, 1991).

A sugestão de que fatores psicossociais representam o elo entre distribuição de renda e mortalidade encontra apoio nas causas de morte mais diretamente envolvidas. Uma vez desagregada a relação entre distribuição de renda e expectativa de vida nos países desenvolvidos quanto às causas distintas de morte, en-

contramos que, embora as infecções e as mortes secundárias a doenças cardiovasculares também estejam implicadas, as correlações mais fortes são as concernentes às doenças crônicas do fígado e à cirrose, bem como aos acidentes e lesões externas. Mortes secundárias a essas causas podem, de forma plausível, ser vinculadas ao estresse psicossocial e aos padrões de comportamento social.

A idéia de que as diferenças de renda devam ser reduzidas é muitas vezes contestada, alegando-se que isto reduziria as taxas de crescimento econômico. Mas a visão que temos de uma escolha entre crescimento e eqüidade encontra pouco apoio nas evidências estatísticas recentes. Tanto os dados de estudos seccionais como de estudos que envolvem séries temporais indicam que a maior eqüidade na distribuição de renda está associada a crescimento econômico mais rápido – e não mais lento (Persson et al., 1994). Os oito países asiáticos de crescimento econômico mais acelerado reduziram suas diferenças de renda entre 1960 e 1980 (Birdsall et al., 1994). O crescimento do investimento e da produtividade tende a ser mais alto em países onde as diferenças de renda são menores (Alesina & Perotti, 1993; Glyn & Miliband, 1994).

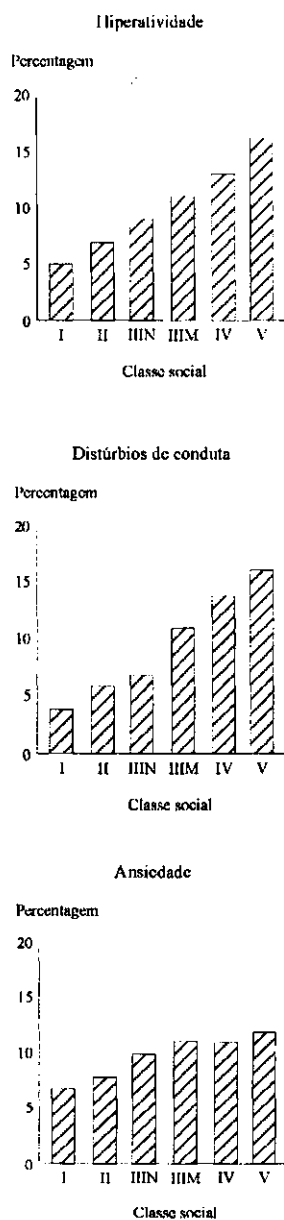
**FIGURA 10 – Problemas comportamentais na idade de 10 anos: classe social. Grã-Bretanha – 1980**

Distúrbios de conduta

Percentagem

20
15
10
5
0

I II IIIN IIIM IV V

Classe social

Fonte: Dados da coorte de nascimentos na Grã-Bretanha em 1970 em A. Osborn, *apud* Woodroffe et al. (1993).

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALESINA, A. & PEROTTI, R. *Income Distribution, Political Instability, and Investiment.* Cambridge, Mass: NBER Working Paper 4486, 1993.

BEALE, N. & NETHERCOTT, S. Job loss and family morbidity: a study of factory closure. *Journal of the Royal College of General Practitioners,* 35:510-514, 1988.

BIRDSALL, N.; ROSS, D. & SABOT, R. Inequality and growth reconsidered. In: CONFERÊNCIA DA AMERICAN ECONOMIC ASSOCIATION, Boston, jan. 1994.

CSO. *Economic Trends,* 475, 129. London Central Statistical Office, 1993.

COBB, S. & KASL, S. C. *Termination: the consequences of job loss.* Cincinnati: Department of Health, Education and Welfare. US National Institutes for Occupational Safety and Health, 1977, 77-224.

COHEN, S.; TYRREL, D. A. J. & SMITH, A. P. Psychological stress and susceptibily to the common cold. *New England Journal of Medicine,* 325:606-612, 1991.

DAVEY SMITH, G.; NEATON, J. D. & STAMLER, J. Income differentials in mortality risk among 305,009 white men. In: EUROPEAN MEDICAL SOCIOLOGY ASSOCIATION CONFERENCE, set. 1992.

FLEGG, A. Inequality of income, illiteracy, and medical care as determinants of infant mortality in developing countries. *Population Studies,* 36:441-458, 1982.

GORMAN, T. & FERNANDES, C. *Reading in Recession.* National Federation of Education Research. England: Slough, 1992.

GREATER GLASGOW HEALTH BOARD. *The Annual Report of the Director of Public Health* 1991/2. Scotland: Greater Glagow Health Board, 1993.

IVERSEN, L. & KAUSEN, H. *The Closure of the Nordhavn Shipyard.* Copenhagen: Institute of Social Medicine. Kobenhavns Universitet Publikation 13 Fadl, 1981.

LAKE, M. Surveying all the factors. *Language and Learning,* n.6, jun. 1991.

LONDON BOROUGH OF CROYDON. *Reading Competence at Age 7.* Education Department. London: Borough of Croydon, 1992.

MACKENBACH, J. P.; BOUVIER-COLLE, M. H. & JOUGLA, E. 'Avoidable' mortality and health services: a review of aggregate data studies. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 44:106-111, 1990.

MARMOT, M. G.; ROSE, G.; SHIPLEY, M. & HAMILTON, P. J. S. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 32:244-249, 1978.

MARMOT, M. G. & DAVEY SMITH, G. Why are the Japanese living longer? *British Medical Journal,* 299:1547-1551, 1989.

MCLOONE, P. & BODDY, F. A. Deprivation and mortality in Scotland: 1981 e 1991. *British Medical Journal,* 309:1465-1470, 1994.

MILIBAND, D. & GLYN, A. (Ed.) *Paying for Inequality: the economic cost of social injustice.* Rivers Oram Press, 1994.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *National Accounts.* Paris, 1992.

O'HIGGINS, M. & JENKINS, P. S. Poverty in the EC: 1975, 1980, 1985. In: TEEKENS, R. & VAN PRAAG, B.M.S. (Ed.) *Analysing Poverty in the European Community.* Luxembourg: Eurostat, 1990.

PERSSON, T. & TABELLINI, G. Is inequality harmful for growth? Theory and evidence. *American Economic Review,* 84(3):600-621, 1994.

PHILLIMORE, P.; BEATTIE, A. & TOWNSEND, P. The widening gap. Inequality of health in northern England, 1981-1991. *British Medical Journal,* 308:1125-1128, 1994.

POWER, C.; MANOR, O. & FOX, J. *Health And Class: the early years.* London: Chapman and Hall, 1991.

ROGERS, G. B. Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Population Studies,* 33:343-351, 1979.

STECKEL, R. H. Height and per capita income. *Historical Methods,*16:1-7, 1983.

WALDMANN, R. J. Income distribution and infant mortality. *Quarterly Journal of Economics,* 107:1283-1302, 1992.

WENNEMO, I. Infant mortality, public policy and inequality – a comparison of 18 industrialised countries 1950-85. *Sociology of Health and Illness,* 15:429-446, 1993.

WILKINSON, R. G. Income and mortality. In: WILKINSON, R. G. (Ed.) *Class and Health: research and longitudinal data.* London: Tavistock, 1986.

WILKINSON, R. G. Income distribuition and mortality: a 'natural' experiment. *Sociology of Health and Illness,* 12:391-411, 1990.

WILKINSON, R. G. Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal,* 304:165-168, 1992.

WILKINSON, R. G. *Unfair Shares: the effects of widening income differentials on the welfare of the young.* Barnardo's: Ilford, 1994a.

WILKINSON, R. G. Health, redistribution and growth. In: GLYN, A. & MILIBAND, D. (Ed.) *Paying for Inequality: the economic cost of social injustice.* London: Rivers Oram Press, 1994b.

WOODROFFE, C. et al. (Ed.) *Children, Teenagers and Health.* Buckinghamshire: Open University Press, 1993.

WORLD BANK. *World Tables.* New York: World Bank, 1992.

6

# CLASSE SOCIAL E CÂNCER*

*Neil Pearce*

Na maioria dos países industrializados, os estudos têm encontrado reiteradamente forte associação entre classe social e câncer, com risco relativo quase duas vezes maior quando se compara o grupo menos favorecido com o mais favorecido. Entretanto, poucos epidemiologistas do câncer enfocam a classe social como questão de considerável importância em si mesma, não figurando esse aspecto – exceto por breve menção enquanto *confounder* – nas revisões mais abrangentes e cuidadosas sobre as causas de câncer nos Estados Unidos (Doll & Peto, 1981).

No entanto, a história da Saúde Pública mostra que as mudanças que têm lugar no nível populacional são comumente mais fundamentais e efetivas do que aquelas ocorridas no nível individual, mesmo quando um único fator de risco é responsável pela maioria dos casos da doença. Nesse sentido, determinado fator de risco, tal como fumar, pode ser considerado como sintoma secundário de características mais profundas da estrutura social e econômica da sociedade.

* Tradução: *Francisco Trindade & Francisco Inácio Bastos*

Assim, do mesmo modo que, no nível individual, uma diversidade de efeitos sobre a saúde em vários sistemas orgânicos – por exemplo, vários tipos de câncer – podem ter uma causa comum – por exemplo, fumar tabaco –, no nível populacional, uma variedade de exposições individuais – por exemplo, fumo, dieta – podem ter causas sócio-econômicas comuns. Da mesma maneira que a mortalidade secundária à maioria das doenças infecciosas declinou devido a melhorias gerais em habitação, renda e nutrição – mais do que em função de tratamento ou prevenção relativos a determinados vírus ou bactérias –, é provável que os maiores avanços na prevenção do câncer venham a ocorrer em função de mudanças sociais e econômicas.

"Classe social" é um termo que pode ser empregado convenientemente para resumir vários fatores sócio-econômicos, tais como educação, renda, bens, habitação e ocupação. Por outro lado, também pode denotar divisões mais profundas na sociedade.

Certamente, a maior parte dos epidemiologistas do câncer reconhece a importância da classe social e dos fatores sócio-econômicos. Em sua primeira semana de treinamento em Epidemiologia, esses profissionais recebem informações acerca do trabalho de Virchow, Chadwick, Engels e outros que expuseram as horríveis condições sociais vigentes durante a Revolução Industrial, bem como a respeito do trabalho de Farr (1860) e outros, que desenvolveram métodos de classificação de classe social e revelaram grandes diferenças sócio-econômicas nas taxas de mortalidade no século XIX. Aprendem igualmente acerca do subseqüente declínio dramático das doenças infecciosas ocorrido antes do desenvolvimento da farmacopéia moderna, fato que tem sido atribuído a melhorias na nutrição, saneamento e condições gerais de vida (McKeown, 1979), embora intervenções específicas na saúde pública, em fatores como aglomeração urbana, sem dúvida, tenham desempenhado papel central (Szreter, 1988). Possivelmente, também se tornam cientes de que há atualmente diferenças marcantes de classe social na incidência e mortalidade do câncer e outras doenças crônicas, e que as dessemelhanças quanto à mortalidade nas classes sociais estão aumentando, sendo maiores hoje, em termos relativos, do que no século XIX (Marmot & McDowell, 1986; Pappas et al., 1993). Depois desse aprendizado, em geral eles esquecem da presença dos fatores sócio-econômicos durante o restante de suas carreiras, exceto, talvez, para ocasionalmente 'ajustar', por classe social, as análises multivariadas sobre fatores de risco como o fumo, dieta e outros fatores relativos ao 'estilo de vida'.

Atualmente, os epidemiologistas do câncer desenvolvem tipicamente pesquisas sobre fatores que, por um lado, apresentam riscos relativos pequenos, responsá-

veis por pequena proporção de casos de câncer, como estudos sobre os novos carcinógenos ocupacionais ou estudos dietéticos sobre baixas quantidades de micronutrientes, que envolvem, em geral, riscos relativos inferiores a 1,5. Por outro lado, conforme dito acima, as investigaçõess têm encontrado repetidamente forte associação entre classe social e câncer na maioria dos países industrializados (Logan, 1982), com quase o dobro do risco relativo de câncer, quando se compara o grupo menos favorecido com o mais favorecido, embora haja alguns tipos específicos de câncer em que o diferencial opera na direção oposta. Contudo, poucos epidemiologistas do câncer estudam a classe social como questão de maior importância em si mesma e, como já mencionamos, esse aspecto não figura – exceto por breve menção enquanto *confounder* – nas revisões mais abrangentes e acuradas sobre as causas de câncer nos Estados Unidos (Doll & Peto, 1981).

Mas, por que a classe social aparece com tanta freqüência apenas como 'nota de rodapé' nos estudos epidemiológicos sobre o câncer?

## EPIDEMIOLOGISTAS

Algumas das razões para esta falta de interesse podem estar associadas à situação pessoal e profissional dos epidemiologistas. A maior parte dos estudos epidemiológicos atuais requer recursos substanciais, sendo que, na maioria dos países, as principais fontes desses recursos são governamentais ou de fundações privadas, que têm interesse mínimo, ou mesmo simpatia por estudos sobre fatores sócio-econômicos e saúde. Os epidemiologistas, por escolha ou necessidade, tendem a ir 'aonde o dinheiro está'. Além disso, costumam ter mais interesse em fatores de risco aos quais eles mesmos possam estar relacionados ou mesmo expostos. Com freqüência, esses profissionais estão sob risco com relação a fatores como fumo de tabaco, álcool, dieta, vírus e algumas exposições ocupacionais, mas raramente estão expostos ao risco de serem pobres. Para eles, os pobres podem ser ocasionalmente encontrados em pesquisas (*surveys*) de base amostral aleatória ou quando se toma a direção errada na estrada, entretanto, na vida diária são invisíveis.

Questão correlata é a de que o estudo dos fatores sócio-econômicos é comumente visto como 'demasiado político' e não como matéria própria de investigação científica. Esse argumento revela mais sobre seus proponentes do que a respeito da questão. Se a meta da Epidemiologia – e da Saúde Pública em geral – é descobrir as maiores causas de doenças – e, fundamentalmente, agir nesse

sentido –, então qualquer fator que represente causa predominante de doença deveria ser estudado; a opção por não estudar fatores sócio-econômicos é em si mesma uma decisão política de enfocar somente o que é 'politicamente aceitável', ao invés de analisar o que é mais importante em termos científicos e de saúde pública.

## A ARTE DO POSSÍVEL

Argumento relacionado aos anteriores é o de que os fatores sócio-econômicos 'não são facilmente modificáveis'. A Saúde Pública, tal como a política, pode ser vista como a 'arte do possível', e os fatores sócio-econômicos são com freqüência atirados na 'cesta dos temas difíceis demais'. Entretanto, os governos têm repetidas vezes mostrado que diferenças sociais e econômicas não são 'dádivas de Deus', mas, para melhor ou pior, algo sob ingerência direta das políticas de governo, usualmente de forma imprevisível (Black, 1993; Hewlett, 1993). Mesmo quando os governos têm poder limitado no que diz respeito ao Produto Interno Bruto (PIB), podem influenciar na forma como ele é distribuído, alterando a oferta de dinheiro, os níveis da inflação e de emprego, o salário mínimo e a média salarial, a tributação e o nível e disponibilidade dos serviços sociais e benefícios do seguro social.

Há evidências preliminares de que a distribuição desigual do PIB exerceria impacto mais significativo sobre as taxas nacionais de mortalidade do que o nível efetivo do PIB (Wilkinson, 1992, 1994). Por exemplo, em alguns países, o aumento expressivo do PIB tem-se feito acompanhar por benefícios muito pequenos em termos de saúde, ao passo que atualmente países extremamente pobres – como China, Jamaica e Costa Rica – levam a cabo melhorias expressivas no âmbito dos cuidados à saúde e expectativa de vida (Sen, 1980).

Assim, a forma como o PIB é 'repartido' revela-se tão importante quanto seu nível absoluto. Medidas de saúde pública que dizem respeito aos problemas de saúde secundários à pobreza podem, elas mesmas, entrar em conflito com as demais políticas de governo – ou podem mesmo ter como conseqüência política mais relevante a mudança de governo –, mas isto não torna o papel dos fatores sócio-econômicos menos importante ou menos digno de estudo.

## FATORES DE RISCO ISOLADOS

A principal razão da pouca importância atribuída aos fatores sócio-econômicos, na epidemiologia do câncer, talvez seja porque eles não aparentam ser 'causas reais' ou, ao menos, não são tão diretos como o tabaco do cigarro. A moderna Epidemiologia tornou-se largamente reconhecida com a descoberta do tabaco como causa de câncer pulmonar no início dos anos 50 (Doll & Hill, 1952), e as décadas subseqüentes testemunharam descobertas expressivas no que diz respeito a outras causas de câncer, como o papel do asbesto, da radiação ionizante, da hepatite B e dos fatores relativos à dieta.

No campo da Epidemiologia, esses sucessos levaram, em alguns casos, a intervenções preventivas bem sucedidas sem a necessidade de mudanças políticas ou sociais de maior monta. Por exemplo, carcinógenos ocupacionais como o asbesto podem – com alguma dificuldade – ser controlados através de medidas regulatórias, reduzindo-se a exposição a conhecidos carcinógenos ocupacionais em países industrializados nas últimas décadas. Outro exemplo é o sucesso da campanha da OMS para a eliminação da varíola (Tesh, 1990). Mais recentemente, alguns países aprovaram legislações restringindo a propaganda do cigarro e o fumo em locais públicos, além de adotarem programas de promoção da saúde, visando mudanças no 'estilo de vida'.

Esses sucessos relativos da epidemiologia dos 'fatores de risco' mostram-se relevantes e, sem dúvida, previnem muitos casos de câncer. Todavia, nos últimos anos, os epidemiologistas têm lutado para encontrar outros fatores de risco importantes na gênese do câncer, sendo crescente o número de estudos que focalizam exposições raras ou fatores de risco de menor monta. Em conseqüência, os epidemiologistas estão recorrendo cada vez mais à alta tecnologia – incluindo novos marcadores moleculares de exposição –, na tentativa de mensurar os riscos associados a esses fatores de risco fraco (Pearce et al., 1995).

Problema mais fundamental é que o sucesso da epidemiologia dos 'fatores de risco' tem sido mais transitório e limitado do que se esperava (Loomis & Wing, 1991; Wing, 1994). Uma coisa é descobrir que o fumo é a maior causa de câncer pulmonar; outra, inteiramente diversa, é transformar essa situação. Por exemplo, Graham (1989) sugere que fumar pode ser encarado como estratégia que possibilita às mulheres lidar com o estresse, mas que, ao mesmo tempo, enfraquece sua saúde e a de seus filhos (Power et al., 1991). Por que os trabalhadores braçais fumam mais do que os trabalhadores não-braçais – e encontram maior dificuldade para deixar de fumar? Por que muitos médicos, ao saberem

da evidência epidemiológica, param de fumar, enquanto as enfermeiras, em grande proporção, continuam a fumar?

Ademais, pode-se argumentar que o principal problema do tabaco está na sua produção e não no seu consumo (Reid & Pouwhare, 1991; Tesh, 1990). Enquanto o tabaco for produzido – e o governo oferecer subsídios e incentivos aos fazendeiros que produzem o fumo –, alguém em algum lugar irá fumá-lo. Em meu país – Nova Zelândia/Aotearoa –, o tabaco era desconhecido antes da chegada dos exploradores europeus no século XVIII (Reid & Pouwhare, 1991). O tabaco foi um dos 'presentes' dados pelos representantes ingleses antes da assinatura do Tratado de Waitangi, que antecedeu o povoamento em larga escala – e a colonização – da Nova Zelândia pelos europeus. Hoje em dia, as mulheres Maori situam-se entre as que apresentam uma das maiores taxas de exposição ao fumo e de câncer pulmonar do mundo. De modo mais abrangente, o êxito – limitado – de medidas legislativas em países industrializados tem levado a indústria do tabaco a realocar suas atividades promocionais nos países em desenvolvimento, de modo que há mais pessoas hoje expostas ao tabaco do que antes (Barry, 1991; Tominaga, 1986).

## NÍVEIS DE CAUSALIDADE

Assim, o elo entre tabaco e câncer pulmonar é muito mais um problema social, econômico e político do que uma questão de 'estilo de vida'. No contexto deste trabalho, o hábito de fumar e os fatores sócio-econômicos não são explicações alternativas para a doença; na verdade, fumar é um mecanismo por intermédio do qual fatores sócio-econômicos causam doença; fumar é, portanto, fator intermediário na linha causal que vai dos fatores sócio-econômicos à doença.

Nesse sentido, as explicações aparentemente conflitantes acerca da causa da doença – por exemplo, 'fumar tabaco' ou 'fatores sócio-econômicos' – podem ser reconciliadas ao reconhecermos que essas explicações operam em diferentes *níveis de causalidade*. A ocorrência de câncer – e de outras doenças – no âmbito de uma população pode ser pesquisada em muitos níveis distintos (Susser, 1973), que abrangem desde formas de organização social, 'o indivíduo', um sistema de órgãos em particular e até uma molécula específica. As causas do câncer podem também ser estudadas nesses diferentes ní-

veis, incluindo fatores sócio-econômicos, 'estilos de vida', a carga de exposição de um órgão a um carcinógeno ou os *DNA-adducts*. Por exemplo, Potter (1992) afirma que:

> *Uma questão relevante para a etiologia do câncer raramente perguntada é: o que causa câncer – os genes, as células, o organismo ou talvez mesmo a população? As respostas potenciais não são necessariamente exclusivas, mesmo considerando as tendências reducionistas e a genuína e justificada excitação em torno das descobertas da biologia molecular do câncer. Aliás, esses são, de fato, níveis de explicação que podem ser mais ou menos coerentes neles mesmos, mas que fornecem ainda mais informações quando inseridos numa base provida de todos os modelos explicativos.*

Certamente há vantagens em compreender a causação da doença em todos os diferentes níveis nos quais esta opera. Embora, por um lado, fatores de risco do câncer como o tabaco pareçam operar no nível individual, a exposição pode ocorrer devido a amplo leque de fatores políticos, econômicos e sociais; por outro lado, o tabaco do cigarro também exerce efeitos no nível celular e molecular, aí incluída a produção de mutações no DNA.

Então, qual o plano mais apropriado para começar a estudar as causas do câncer? A maioria dos pesquisadores responderia imediatamente que sua própria disciplina é a mais correta e que todas as outras estão erradas. Em geral, tal fato é considerado tão óbvio que nenhum argumento a favor se mostra necessário. Os biólogos moleculares focalizarão o processo cancerígeno no nível molecular, acreditando que isso explicará, em última instância, as causas mais relevantes de câncer. Em anos recentes, grande parte da atividade da Saúde Pública – incluindo a pesquisa em Epidemiologia e parte da pesquisa em Ciências Sociais – tem focalizado, por um lado, aspectos do 'estilo de vida' individual – talvez espelhando, nos últimos anos, tendências econômicas e políticas que privilegiam a responsabilidade individual – e objetivando 'fatores de risco' específicos. Por outro lado, alguns cientistas sociais e epidemiologistas enfatizam que as mais relevantes melhorias no nível de saúde provêm de mudanças sociais e econômicas e sua influência em fatores como habitação, renda e nutrição (McKeown, 1979; Szreter, 1988).

## OS ENFOQUES *TOP-DOWN* ('DE CIMA-PARA-BAIXO') E *BOTTOM-UP* ('DE BAIXO-PARA-CIMA')

Esses vários caminhos referentes à compreensão dos processos da doença se inserem em duas abordagens principais, que refletem os mais amplos debates científicos nos últimos séculos (Pearce, no prelo). A abordagem 'de baixo-para-cima' – cujas variações incluem o reducionismo, o positivismo, ou a abordagem *downstream*, 'a favor da corrente' (McKinlay, 1993) – focaliza a compreensão dos componentes individuais de um processo, no nível mais baixo possível, utilizando essa informação como 'blocos de montagem' (*building blocks*) na obtenção de conhecimento sobre níveis mais complexos de organização.

Um exemplo comum é o da epidemiologia molecular, que tenta entender a doença no nível molecular e, em última instância, aplicar esses conhecimentos na Saúde Pública – por exemplo, efetuando a triagem da população quanto à vulnerabilidade a determinados carcinógenos. Tal abordagem deriva da tradição clínica e enfatiza, de modo característico, fatores de risco específicos e o emprego do ensaio clínico duplo-cego como paradigma. Essa estratégia, sem dúvida, fornece informações úteis acerca do nível investigado – por exemplo, o molecular –, mas é discutível se é também efetiva e eficiente, a longo prazo, na obtenção de conhecimento ou no sentido de prevenir doenças ao nível populacional.

Como observa Smith (1985), essa abordagem carece de teoria explícita sobre a ocorrência da doença no nível populacional, e seus resultados podem ser comparados "a um vasto depósito de dados de uma precisão quase cirúrgica, intactos, sob o ponto de vista do pensamento humano" (Anon, 1994). Embora aparente um ar de pureza científica, esse tipo de enfoque raramente é utilizado em outras ciências ou disciplinas correlatas; por exemplo, ninguém tentaria predizer o tempo ou o movimento dos planetas a partir da mensuração de moléculas isoladas. Tal intento não só é impossível na prática – em vista da infinita quantidade de informação exigida – como, a partir dos recentes trabalhos no âmbito da teoria do caos, tem-se revelado inviável teoricamente, uma vez que pequenas imprecisões podem dar origem a efeitos de grandes proporções em sistemas não-lineares (Firth, 1991).

Por outro lado, a abordagem 'de cima-para-baixo' – cujas variações incluem as abordagens: estrutural (Tesh, 1990), dialética (Levins & Lewontin, 1985) e a *upstream*, 'contra a corrente' (McKinlay, 1993) – inicia-se no nível populacional, a fim de verificar os principais fatores que influenciam a saúde da população. Estudar doenças neste nível requer, em geral, maior ênfase em estudos observacionais – epidemiológicos – do que em estudos experimentais

e pode também envolver maior utilização de estudos 'ecológicos' da 'população de doentes' do que estudos epidemiológicos 'analíticos' de 'indivíduos doentes' (Rose, 1992). Portanto, o método 'de cima-para-baixo' deriva das tradições das ciências demográficas/sociais – antes que do paradigma do ensaio clínico. O estudo das diferenças sócio-econômicas no câncer pertence a essa tradição, recentemente reafirmada em editorial da revista *The Lancet* (1994), que defende "a necessidade de nos afastarmos do quase exclusivo foco sobre a pesquisa do risco individual, direcionando-o para as estruturas e processos sociais no âmbito dos quais têm origem os problemas de saúde, e *locus* mais sensível a uma eventual modificação" (McKinlay, 1993).

## Elos Entre Níveis

Deve-se enfatizar que, mesmo sendo importante iniciar – e retornar – no nível populacional, também é fundamental conduzir estudos em outros níveis, de modo a explicar os mecanismos através dos quais operam esses fatores populacionais. Em particular, é interessante verificar até que ponto os efeitos observados no nível da população podem ser explicados pelos fatores de risco conhecidos. Por exemplo, no estudo Whitehall, Marmot et al. (1984) encontraram importantes diferenças de classe social em doenças coronarianas que eram apenas parcialmente explicadas por riscos coronários conhecidos. Syme & Berkman (1979) e Cassel (1976) propuseram uma explicação de caráter mais geral, na qual os fatores psicossociais (o estresse) influenciam a suscetibilidade a vários fatores de risco.

Mesmo quando as diferenças referentes às classes sociais estão ligadas à preponderância de câncer de um órgão específico e são explicadas pela operação de fatores de risco conhecidos, isto não significa que se devam abandonar os fatores sócio-econômicos. Obviamente, é fundamental obter informações e agir em todos os níveis possíveis, mas a história da Saúde Pública mostra que mudanças no nível populacional são, de modo geral, mais fundamentais e efetivas que mudanças no nível individual, mesmo quando um fator de risco isolado está implicado na maioria dos casos de doença. Nesse sentido, um fator de risco como fumar pode ser visto como sintoma secundário de características mais profundas da estrutura social e econômica da sociedade (Townsend & Davidson, 1982).

Assim, do mesmo modo como ocorre no nível individual, uma variedade de efeitos sobre a saúde em vários sistemas orgânicos – por exemplo, vários tipos de câncer – podem ter uma causa comum – por exemplo, fumar tabaco; também, no nível populacional, uma variedade de exposições individuais – por exemplo, fumo, dieta – podem ter causas sócio-econômicas comuns.

Além disso, as 'populações' que os epidemiologistas estudam não são apenas coleções de indivíduos convenientemente agrupados com propósito de estudo, mas configuram, na verdade, entidades históricas. Toda população tem sua própria história, cultura, organização e divisões sociais e econômicas, as quais influenciam o como e o porquê as pessoas se expõem a certos fatores. Assim, a força, e mesmo a direção, do gradiente sócio-econômico das doenças varia entre as populações e períodos históricos. As doenças coronarianas, por exemplo, eram, há algum tempo, doenças das classes privilegiadas, mas se tornaram doenças de pobre na medida em que os hábitos de fumar e os hábitos alimentares mudaram ao longo do tempo (Wing, 1988). Além disso, embora fatores de risco específicos de câncer desempenhem importante papel em qualquer população, sua contribuição quanto à determinação do risco de doença será modificada em função da linha de base de risco relativa à doença e pela presença de vários co-carcinógenos e indutores do câncer, fazendo com que seja impossível definir uma resposta dose-efeito universal (Wing, 1994). Desse modo, a generalização de achados de pesquisa é muito mais difícil nas ciências populacionais do que nas ciências físicas e biológicas, bem como intervenções apropriadas diferirão substancialmente em populações distintas.

## CONCLUSÕES

Em muitas instâncias há claras evidências de que o câncer está relacionado a fatores sócio-econômicos, mas isso não parece ser plenamente explicado pelos fatores de risco conhecidos. Porém, mais importante do que isso, há poucas evidências sobre quais fatores sócio-econômicos têm maior relevância ou se a responsável pelas diferenças quanto ao risco de câncer é a magnitude do 'pacote' de desigualdade social, o que implica a necessidade urgente de pesquisas epidemiológicas acerca desses temas. Não obstante, da mesma maneira como declinou a mortalidade secundária à maioria das doenças infecciosas devido a melhorias gerais em habitação, renda e nutrição – mais do que em função de tratamen-

to ou prevenção relativos a determinados vírus ou bactérias –, é provável que os maiores avanços na prevenção do câncer venham a ocorrer em função de mudanças sociais e econômicas, as quais afetam, por sua vez, os 'estilos de vida' e a exposição aos fatores de risco específicos.

Este trabalho foi parcialmente financiado por bolsa de estudos para pesquisadores senior do Conselho de Pesquisa em Saúde da Nova Zelândia.

## Referências Bibliográficas

ANÔNIMO. Population health looking upstream. *Lancet*, 343:429-430, Editorial, 1994.

BARRY, M. The influence of the U.S. tobacco industry on the health, economy, and environment of developing countries. *New England Journal Medical*, 324:917-920, 1991.

BLACK, D. Deprivation and health. *British Medical Journal*, 307:1630-1631, 1993.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104:107-123, 1976.

DOLL, R. & HILL, A. B. A study of the aetiology of carcinoma of the lung. *British Medical Journal*, 2:1271-1286, 1952.

FARR, W. On the construction of life tables, illustrated by a new life table of the healthy districts of England. *Journal Inst Act*, IX, 1860.

FIRTH, W. J. Chaos: predicting the unpredictable. *British Medical Journal*, 303:1565-1568, 1991.

GRAHAM, H. Women and smoking in the United Kingdom: the implications for health promotion. *Health Promotion*, 3:371-382, 1989.

HEWLETT, S. A. Child Neglect in Rich Nations. New York: Unicef, 1993.

LAST, J. M. (Ed.) *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1988.

LEVINS, R. & LEWONTIN, R. *The Dialectical Biologist.* Cambridge, MA: Harvard University Press, 1985.

LOGAN, W. P. D. *Cancer Mortality by Occupation and Social Class,* 1951-1971. Lyon: IARC, 1982.

LOOMIS, D. & WING, S. Is molecular epidemiology a germ theory for the end of the twentieth century ? *Int Journal Epidemiology*, 19:1-3, 1991.

MARMOT, M. G.; SHIPLEY, M. J. & TOSE, G. Inequalities in health - specific explanations of a general pattern? *Lancet,* i:1003-1006, 1984.

MARMOT, M. G. & MCDOWELL, M. E. Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet*, ii:274-276, 1986.

MCKEOWN, T. *The Role of Medicine.* Princeton, NJ: Princeton University Press, 1979.

MCKINLAY, J. B. The promotion of health through planned sociopolitical change: challenges for research and policy. *Sociology Science Medical,* 36:109-117, 1993.

MIETTINEN, O. S. *Theoretical Epidemiology: principles of occurrence research.* New York: Wiley, 1985.

PAPPAS, G. et al. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *New England Journal Medical*, 329:103-109, 1993.

PEARCE, N. et al. Social class, ethnic group, and male mortality in New Zealand, 1974-8. *Journal Epidemiology Common Health*, 39:9-14, 1985.

PEARCE, N.; et al. Limitations of biomarkers of exposure in cancer epidemiology. *Epidemiology,* 6:190-194, 1995.

PEARCE, N. Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health. *American Journal Public Health.* (no prelo).

POTTER, J. D. Reconciling the epidemiology, physiology, and molecular biology of colon cancer. *Jama*, 268:1573-1577, 1992.

POWER, C.; MANOR, O. & FOX, J. *Health and Class: the early years.* London: Chapman Hall, 1991.

REID, P. & POUWHARE, R. *Te Taonga mai Tawhiti: the gift from a distant place.* Auckland: Niho Taniha, 1991.

ROSE, G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press, 1992.

ROTHMAN, K. J. *Modern Epidemiology.* Boston: Little Brown, 1986.

SEN, A. *Levels of Poverty: policy and change.* World Bank Staff Working Paper n. 401. Washington, D.C., 1980.

SMITH, A. *The epidemiological basis of community medicine.* In: SMITH, A. (Ed.) Recent Advances in Community Medicine 3. Edinburg: Churchill Livingstone, 1985, p. 1-10.

SUSSER, M. *Causal Thinking in the Health Sciences*. New York: Oxford University Press. 1973.

SYME, S. L. & BERKMAN, L. F. Social class, susceptibility and sickness. *American Journal of Epidemiology*, 104:1-8, 1976.

SZRETER, S. The importance of social intervention in Britains mortality decline c. 1850-1914: a reinterpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1:1-37, 1988.

TERRIS, M. The epidemiologic tradition. Public Health Reports, 94:204, 1979.

TESH, S. N. *Hidden Arguments: political ideology and disease prevention policy*. London: Rutgers, 1988.

TOMINAGA, S. Spread of smoking to the developing countries. In: ZARIDZE, D. & PETO, R. (Ed.) *Tobacco: a major international health hazard*. Lyon: IARC, 1986. p. 125-133.

TOWNSEND, P. & DAVIDSON, N. (Ed.) Inequalities in Health: the Black report. London: Penguin, 1982.

WILKINSON, R. National mortality rates: the impact of inequality. *American Journal Public Health*, 82:1082-1084, 1992.

WILKINSON, R. Divided we fall: the poor pay the price of increased social inequality with their health. *British Medical Journal*, 308:1113-1114, 1994.

WING, S. Social inequalities in the decline of coronary mortality. *American Journal Public Health*, 78:1415-1416, 1988.

WING, S. Limits of epidemiology. *Medicine and Global Survival*, 1:74-86, 1994.

# PARTE III

# DESIGUALDADES SOCIAIS E DIFERENCIAIS DE MORTALIDADE

# 7

# PERFIS DE MORTALIDADE, NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO E INIQÜIDADES SOCIAIS NA REGIÃO DAS AMÉRICAS*

*Pedro Luis Castellanos*

## INTRODUÇÃO

Este documento constitui a síntese parcial de um estudo publicado pela OPS/OMS sob o título "Saúde e Condições de Vida", na edição 1994 de *Condições de Saúde das Américas*. Posteriormente, também publicado como informe especial mais extenso, sobre "Iniqüidades em Saúde nas Américas". A metodologia utilizada nestes estudos faz parte dos esforços da OPS para pôr à disposição dos paises membros – de forma mais útil aos processos de decisão sobre políticas de saúde e bem-estar no contexto dos planos de desenvolvimento – procedimentos eficazes e de baixo custo para análise e monitorização da situação da saúde.

Este texto enfatiza as associações entre 'brechas redutíveis de mortalidade' (BRM), níveis de desenvolvimento e iniqüidades sociais. Suas conclusões básicas reforçam a tese de que as BRM estão relacionadas não somente com o nível de desenvolvimento econômico dos países, mas também, e ainda em maior me-

* Tradução: *Eliana Granja*

dida, com o maior ou menor caráter redistributivo, o grau de desenvolvimento social acumulado e as condições de vida predominantes em suas populações – medidos em termos de acesso a bens e serviços mínimos através de um 'indicador geral de acessibilidade ao desenvolvimento social acumulado' (IGADSA).

Sob a perspectiva de 'iniqüidades sociais em saúde' destaca-se que, se existe relação sinérgica entre situação de saúde e nível de desenvolvimento, esta relação aparece mediada pela melhoria das condições básicas de vida das populações. Todavia, nem todo crescimento econômico beneficiou por igual a saúde dos habitantes. Países com o mesmo nível econômico têm BRM muito diferentes, associados ao seu nível de IGADSA. Isto reforça a necessidade de que se incorpore, tanto na reflexão sobre modelos de desenvolvimento quanto nas políticas de saúde, além da perspectiva de custo/benefício, a consideração sobre eficácia social, levando em conta o impacto desta sobre as iniqüidades sociais e, particularmente, em termos de brechas redutíveis de mortalidade.

As conclusões conclamam também à ponderação acerca das possibilidades e limites das intervenções pontuais, de caráter conjuntural e compensatório, bem como a respeito da relevância de intervenções intersetoriais, integrais, que visem a modificar as condições de vida dos setores mais preteridos.

Finalmente, destaca-se a necessidade de que os processos de Reforma Setorial incorporem mecanismos de análise da situação da saúde e, sobretudo, de 'monitorização' do impacto das intervenções sobre as iniqüidades em saúde e condições de vida, do comportamento das BRM em diferentes territórios e setores sociais.

## Perfis de Mortalidade da Região e seus Condicionantes

Durante mais de trinta anos, até o final da década dos anos 70, a maioria dos países das Américas experimentaram um desenvolvimento econômico sustentado e, em geral, uma expansão da cobertura e qualidade de seus serviços de saúde. No transcorrer desse período ocorreram mudanças significativas na situação da saúde, que se traduziram em reduções importantes das taxas de mortalidade específicas nas idades mais jovens – sobretudo nos menores de cinco anos – e no aumento da expectativa de vida. Em seu conjunto, os indivíduos do território das Américas têm expectativa de vida ao nascer de 70,3 anos para os anos com-

preendidos entre 1990-95. Na América Latina e no Caribe esta é de 64,9 anos, situando-se entre as mais baixas do mundo subdesenvolvido, sendo que a taxa de mortalidade infantil (TMI), que em 1950 era de 125 por mil nascidos vivos (NV), para 1990-95 foi estimada em 46,8 por mil NV (OPS/OMS, 1994).

Salvo raras exceções, as taxas de mortalidade específicas para os menores de 65 anos reduziram-se progressivamente até à atualidade (OPS/OMS, 1992) em todos os países e em todos os grupos de população, como se pode observar nos Quadros 2 e 3, anexos.

No entanto, por trás destes grandes promédios esconde-se uma realidade de profundas desigualdades entre países e, no interior de cada país, entre setores sociais. Estas iniqüidades exerceram papel importante na incubação das crises econômicas e políticas que caracterizaram a região na década de 80 e início de 90. Tal é sua envergadura que a Comisão Econômica para a América Latina e o Caribe considerou que elas constituem um dos principais obstáculos aos processos de desenvolvimento econômico de nossos países (CEPAL, 1992).

Existem fortes evidências de que a desigualdade exerceu impacto negativo sobre as condições de vida de grandes setores da população durante os anos 80 e início dos 90. Também de que aumentou o número de pessoas vivendo atualmente em condições de pobreza, avaliado em cerca de duzentos milhões.

É preciso que se priorize a redução das iniqüidades para evitar que se deteriorem as taxas de mortalidade e para dar continuidade à sua redução. Não obstante a queda das Taxas de Mortalidade (TM) específicas, por volta de 1990 estimou-se que 26% das mortes previstas da Região e 45% na América Latina e Caribe são redutíveis, com faixas de medição que variam de 1,6% (Canadá) e 6,3% (em Barbados) a 71% na Bolívia. Mais ainda: durante os anos 80, a queda das BRM deteve-se na maioria dos países e, inclusive, aumentou para idades abaixo de 64 anos (OPS/OMS, 1994).

Os perfis de mortalidade foram influenciados por processos de caráter contraditório. Entre eles cabe destacar:

- as iniqüidades sociais e desigualdades nas condições de vida;
- mudanças na estrutura de idade da população;
- o processo de urbanização;
- mudanças na composição da força de trabalho e no mercado de trabalho;
- mudanças no nível de educação da população;
- mudanças na organização dos serviços de saúde.

Ainda que estes e outros processos estejam interarticulados, nesta oportunidade nos concentraremos no primeiro deles.

Sob a perspectiva da eqüidade, a interpretação das taxas estimadas de mortalidade deve ser feita não somente à luz de seus valores prévios em cada país e grupo de população, mas em comparação com o que se pôde atingir. Ou seja, utilizando-se como taxa de referência o que foi obtido por outros países e grupos sociais em circunstâncias similares. A diferença entre as taxas estimadas para o país ou grupo observado e as mesmas taxas de referência são chamadas 'brechas redutíveis de mortalidade'.

As BRM devem ser interpretadas como a proporção das taxas estimadas que supera as taxas obtidas, por outros países ou grupos, em circunstâncias relativamente similares. Isto significa, em outras palavras, a distância que separa as taxas estimadas de determinado país ou grupo daquelas taxas de referência utilizadas em cada caso. Para fins deste trabalho, visando o cálculo das BRM com relação à região, utilizou-se as taxas específicas mais baixas conseguidas por algum país da região, referentes ao mesmo nível econômico, e as taxas mais baixas obtidas por algum país do mesmo grupo. Em ambos os casos, ao mesmo grupo de idade e ao mesmo período de tempo.

Estas BRM mantêm relação com o nível de desenvolvimento econômico dos países. Ou seja, tendem a ser maiores nos países mais pobres. Contudo, preservam maior associação com o grau de acessibilidade da população a bens e serviços que constituem condições mínimas de vida saudáveis (IGADSA). Países com níveis similares de desenvolvimento econômico têm diferenças significativas no comportamento de suas BRM, dependendo do valor do IGADSA.

O IGADSA foi construído considerando-se um conjunto de variáveis referidas a cinco dimensões: acessibilidade acumulada a serviços básicos de saúde; acessibilidade relativa a recursos econômicos; acessibilidade acumulada a nutrientes; acessibilidade acumulada ao sistema educativo; acessibilidade acumulada a saneamento básico (Cf. Notas Técnicas adiante).

## BRECHAS REDUTÍVEIS DE MORTALIDADE ENTRE GRUPOS DE PAÍSES SEGUNDO SEU NÍVEL ECONÔMICO

A fim de avaliar as BRM relacionadas com diferentes níveis de recursos disponíveis, os países da região – a respeito dos quais se pôde obter informação – foram agrupados em cinco categorias com base no valor do Produto Nacional Bruto real (ajustado segundo o poder aquisitivo) por volta de 1989-90, de tal forma que – com exceção do último, que incorpora os países mais pobres – em nenhum grupo o valor maior supera em 60% o menor (v. Quadro 1).

Nos Quadros 2 e 3, e mais claramente nos Gráficos 1 a 6, pode-se apreciar a evolução das BRM por grupos de idade, entre os diferentes grupos de países. Para fins comparativos, utilizamos, como valor do grupo, a mediana das BRM dos países que o compõem.

Em termos gerais, as BRM acima dos 45 anos de idade são relativamente pequenas em todos os grupos; abaixo dos 45 anos existe clara relação entre o nível das BRM e o nível econômico do grupo correspondente. Ao maior nível correspondem menores BRM. É importante destacar que nos menores de um ano e de cinco a 14 anos de idade as BRM aumentaram depois de 1980-84, revertendo, em alguns casos, a tendência decrescente que havia sido conseguida.

Mais de 80% da TMI dos grupos IV e V, em torno de 75% no grupo III e de 50% no grupo II são redutível. Entre um e quatro anos de idade, mais de 90% da mortalidade seria redutível nos grupos IV e V; em torno de 50% no grupo III; e de 30% no grupo II. A eliminação de tais BRM representaria evitar cerca de 1,5 milhões de mortes por ano para o total da região.

A associação inversa encontrada entre o nível das BRM e o incremento dos recursos disponíveis, segundo o grupo de países, é coerente com a existência de uma relação sinérgica entre a situação da saúde e os níveis de desenvolvimento econômico. Os melhores níveis de saúde (como promédios nacionais e de grupo de países) correspondem a maiores níveis de desenvolvimento e de recursos disponíveis e vice-versa, os maiores níveis de desenvolvimento correspondem às melhores situações promédio de saúde.

## BRECHAS DE MORTALIDADE REDUTÍVEIS EM CADA GRUPO DE PAÍSES

Para o estudo das BRM dentro de cada grupo, por volta de 1990 calculou-se o IGADSA para cada país (v. Quadro 4). Estimou-se as BRM com relação aos valores mais baixos alcançados por algum país da região e incorporou-se em um mesmo gráfico todos os países de um mesmo grupo de nível econômico.

### PAÍSES DO GRUPO I

Este grupo inclui os Estados Unidos da América (EUA) e o Canadá, quer dizer, os países mais desenvolvidos e com maiores recursos *per capita* da região. Como suas taxas específicas em quase todas as idades são as mais baixas da região, para avaliar a evolução de suas BRM utilizou-se como taxas de referência as correspondentes à Suécia e Japão; países desenvolvidos que, por volta de 1960-64, tinham taxas específicas comparáveis ou superiores àqueles dois países e que hoje estão situadas entre as mais baixas no nível internacional.

As BRM do Canadá e, mais ainda, as dos EUA aumentaram nas idades: menores de um ano, 15-44 e de 65 e mais. Ressalte-se, por um lado, que o aumento das BRM entre 15-44 anos, durante os últimos períodos nos EUA, é tal que mais de 70% das mortes nesta idade superam as taxas de referência.

Por outro lado, a brecha entre EUA e Canadá aumentou em quase todas as idades, evidenciando relativa deterioração do primeiro país. Com relação à Suécia e ao Japão, se por volta de 1990 o Canadá tivesse fechado as BRM em menores de 65 anos, teria reduzido 7% das suas mortes totais; enquanto que se os EUA o tivessem feito, teriam evitado 45% das suas mortes totais. Isto nos EUA significaria em torno de 200 mil mortes a menos, 93% das quais entre 15-64 anos de idade.

Tal como foi calculado, o IGADSA não chega a estabelecer diferenças entre os dois países; não obstante, há numerosas evidências de que os níveis de iniqüidade na sociedade norte-americana são maiores do que na canadense.

### PAÍSES DO GRUPO II

Este grupo inclui Barbados e Trinidad e Tobago (T e T). Ambos apresentam altos valores de IGADSA, mas em Barbados são superiores. Vistos em seu conjunto, estes países têm TMI e de um a quatro anos ligeiramente superiores às

mais baixas da região. Nas idades subseqüentes, suas taxas são muito próximas às mínimas regionais. As expectativas de vida ao nascer estão entre as mais altas da região. Em ambos, mais de 70% das mortes ocorrem acima dos 65 anos de idade.

Ao olhá-los em separado, Barbados apresenta, em geral, as taxas mais baixas entre ambos e, portanto, as menores BRM em quase todos os grupos de idade, com exceção de cinco a 14 anos, cujas taxas superaram T e T nos últimos anos, provavelmente relacionadas com acidentes. Este último país (T e T) tem sofrido relativa deterioração de suas BRM em quase todas as idades.

Em relação aos valores mais baixos da região, se Barbados, por volta de 1990, tivesse fechado suas BRM abaixo de 65 anos de idade, teria reduzido somente 6,3% do total de suas mortes.

Para T e T, isto teria significado evitar 8% de suas mortes, quer dizer, cerca de 1.600 mortes, sendo 16% delas em menores de cinco anos e 28% de 45-64 anos.

## PAÍSES DO GRUPO III

Nesta categoria foram incluídos a Argentina, Costa Rica, Uruguai, Chile, Colômbia, Venezuela, México e Brasil. O IGADSA varia entre 2,8 e 4,8, denotando a variedade de experiências e modelos de desenvolvimento e de políticas sociais nestes países no decorrer de suas histórias. De acordo com o valor do IGADSA, pode-se estabelecer três subgrupos: 3A, que inclui Argentina, Uruguai, Costa Rica e Chile; 3B, que abrange Colômbia, Venezuela e México; 3C, correspondente ao Brasil, que tem os valores mais baixos do grupo 3.

Os países do grupo 3A apresentam, em geral, as taxas e BRM mais baixas dentro do grupo 3, sobretudo nas idades mais novas. Em alguns casos, no grupo de 45-64 anos, as mais baixas da região. As mais altas BRM dentro do grupo correspondem ao subgrupo 3C, sendo que os do subgrupo 3B colocam-se em níveis intermediários quando comparados aos anteriores.

Pode-se notar também que as BRM em menores de um ano aumentaram ou detiveram sua queda depois de 1980-84, mesmo naqueles países como Costa Rica e Chile, que alcançaram os mais baixos valores das TMI e suas BRM em menores de um ano, dentro deste grupo de países. Na realidade, Costa Rica é o único do grupo que não teve aumento de suas BRM nesta idade durante o último qüinqüênio.

De um a quatro anos, com exceção da Costa Rica e Chile, todos os países do grupo 3 aumentaram suas BRM nos últimos qüinqüênios. Ressalte-se que o Chile, no entanto, sofreu ligeira deterioração de suas BRM em 1985-89.

Ao estudar as BRM com relação aos valores mais baixos obtidos dentro do mesmo grupo, observa-se mais claramente como a Costa Rica e o Chile melhoraram progressivamente sua posição relativa dentro do grupo. No qüinqüênio 1960-64, tinham entre as mais altas BRM do grupo em menores de 15 anos, passando a estar entre as mais baixas em 1985-89. Em troca, pode-se notar a deterioração relativa do resto dos países, em especial na Argentina e Uruguai que tinham as mais baixas BRM do grupo em 1960-64. Há que destacar que, com exceção da Costa Rica, todos os países do grupo sofreram relativa deterioração de suas BRM entre 15 e 44 anos de idade.

Com relação a valores já obtidos por outros países do mesmo grupo 3, se a Argentina encerrasse as BRM abaixo de 65 anos, reduziria 15% do total de suas mortes, o que significa 37 mil mortes evitadas, sendo que 26,2% seriam em menores de cinco anos.

O Chile, por seu lado, teria evitado 14,2% de suas mortes, mas poucas seriam em menores de cinco anos, sendo que por volta de 36% corresponderiam ao grupo de 15 a 44 anos.

O Uruguai teria reduzido 11% de suas mortes, 10,2% em menores de cinco anos (70% da TMI do Uruguai é BRM).

No subgrupo 3B – Colômbia, México e Venezuela – cerca de 50% da TMI e 60% da mortalidade de um a quatro anos seriam redutíveis com relação a países do mesmo grupo econômico. Se o subgrupo 3B houvesse fechado suas BRM com relação a outros países do mesmo grupo, teria reduzido entre 29,1% e 33% do total de suas mortes. Entre 41% e 48% delas corresponderiam a menores de cinco anos de idade.

No caso do Brasil, mais de 70% de sua TMI, 83% de um a quatro anos e 73% de cinco a 14 anos são BRM com relação a países do mesmo grupo. Estas BRM aproximam-se às de alguns países do grupo IV, com níveis econômicos muito menores. Se houvesse encerrado suas BRM abaixo de 64 anos de idade, com relação a outros países deste grupo, o Brasil reduziria 55% das suas mortes totais.

## PAÍSES DO GRUPO IV

Neste grupo foram incluídos Cuba, Panamá, Equador, Peru, Paraguai, República Dominicana e Guatemala. O IGADSA dentro do grupo varia entre 1,6 e 4,6. De acordo com o valor do IGADSA, os países se distribuem em três subgrupos: 4A, que inclui Cuba e Panamá (3,4 e 4,6); 4B, que abrange Equador, Peru, Paraguai e República Dominicana (entre 2,4 e 2,6); e 4C, correspondente à Guatemala (1,6).

As BRM em menores de 45 anos de todos os países do grupo, com relação à região. Os países do subgrupo 4A apresentam, em geral, as menores taxas e BRM de todo o grupo IV. A Guatemala, em linhas gerais, tem as maiores BRM e o restante apresenta comportamento intermediário.

Durante o período de trinta anos estudado com relação à região, em todos os países houve aumento progressivo das BRM em menores de um ano, com exceção de Cuba, que conseguiu reduzir suas BRM progressivamente até fins dos anos 70, embora nos anos 80 apresente também leve inversão desta tendência. Situação bastante semelhante observa-se para as idades de um a quatro e de cinco a 14 anos.

É de se notar que nas idades de 45-64 e de 65 e mais anos, as taxas de Cuba estão entre as mais baixas da região.

Com relação aos países do mesmo grupo, Cuba apresenta as mais baixas taxas de BRM para todas as idades e todos os períodos estudados. Depois de Cuba, o Panamá apresenta em geral as mais baixas BRM com relação ao grupo. Excetuando-se o Panamá, entre 85 e 95% da mortalidade abaixo de cinco anos de idade seriam redutíveis no resto dos países dentro deste grupo IV.

Em Cuba, mais de 66% das mortes ocorrem com 65 anos e mais. Se considerarmos suas BRM com relação às mais baixas da região, vemos que somente reduziria 5,1% das suas mortes; no entanto, 49% delas seriam em menores de cinco anos.

O Panamá ainda pode reduzir, com relação ao seu grupo de países, 30% de sua TMI; 70% e 45% de suas TM. de um a quatro anos e de cinco a 14 anos. Se reduzisse suas BRM com relação ao grupo, diminuiria 16% de suas mortes, das quais 48% seriam em menores de cinco anos.

Os países do subgrupo 4B têm, em geral, valores intermediários. Neles, cerca de 20% das mortes ocorrem acima dos 64 anos de idade. Por volta de 80%

da sua mortalidade infantil e 90% de um a quatro anos são redutíveis com relação ao grupo, o mesmo acontecendo também entre 60 e 80% de cinco a 14 anos.

O Paraguai tem comportamento especial dentro deste subgrupo. Entre 1960-64 tinha taxas e BRM nas idades menores de 45 anos similares ou inferiores às de Cuba e Panamá. Suas BRM se deterioraram progressivamente nos trinta anos estudados e a situação atual aproxima-se à da Guatemala.

A Guatemala, subgrupo 4C, apresenta, em geral, as mais altas BRM do grupo, sobretudo em menores de 15 anos de idade. Somente 19,5% do total de suas mortes correspondem a 65 anos e mais de idade. Suas BRM aumentaram nos trinta anos estudados. Cerca de 75% da mortalidade infantil, mais de 90% de um a quatro anos e 80% de cinco a 14 anos são redutíveis, considerando os valores do mesmo grupo de países. Acima dos 15 anos de idade, também tem altas BRM, que se mantiveram mais ou menos estáveis nos trinta anos estudados. Com relação ao seu grupo, se a Guatemala fechasse suas BRM abaixo dos 65 anos, evitaria mais de 57% das suas mortes.

## PAÍSES DO GRUPO V

Este grupo incorpora a Nicarágua, El Salvador, Honduras, Bolívia e Haiti. O IGADSA varia entre 1,0 e 2,4. Os valores mais altos de IGADSA corresponderam à Nicarágua e El Salvador; os mais baixos, à Bolívia e ao Haiti. Este grupo inclui os países com menos recursos da região e com os mais baixos valores do IGADSA.

Por um lado, abaixo dos 45 anos de idade, estes países têm as mais altas taxas e BRM de toda a região. Por outro lado, é o grupo cujas taxas têm comportamento mais similar. Portanto, suas BRM tendem a ser bastante semelhantes, em especial abaixo de 15 anos de idade; e os desvios dos valores médios parecem corresponder mais a processos locais e conjunturais, tais como situações de guerra na América Central e crises políticas em outros.

No entanto, ainda que as diferenças sejam relativamente pequenas e difíceis de interpretar, a Bolívia e o Haiti apresentam BRM consistentemente maiores que os outros países do grupo, abaixo de 15 anos de idade. No caso da Bolívia, se houvesse fechado as BRM com relação aos outros países do mesmo grupo econômico, teria podido reduzir, abaixo de 65 anos de idade, 48% de sua TMI; 65% da sua mortalidade de um a quatro anos; e 68% da de cinco a 14 anos de idade. Isto significaria uma redução de 41% do total de suas mortes. Com relação à região, estas BRM são de 90% da TMI,

97% da de um a quatro anos e 91% da de cinco a 14 anos, o que significaria redução de 71% das suas mortes totais.

Nicarágua e Honduras, que tinham conseguido importantes reduções de suas BRM dentro deste grupo, evidenciam deterioração expressiva nos últimos qüinqüênios.

## Iniqüidades Internas nos Países

Utilizando metodologia basicamente similar à descrita, com enfoque predominantemente ecológico e de base territorial, tem-se ultimado estudos no interior dos países em apoio à decisão das respectivas autoridades nacionais. Em alguns casos, estes esforços combinam-se com o desenvolvimento de sistemas nacionais de monitorização das desigualdades e do impacto das intervenções sobre saúde e bem-estar. Fazem parte, assim, do apoio aos processos de decisão nacional, no que diz respeito a priorizar grupos humanos e territórios mais empobrecidos, bem como a redefinir as articulações entre gestão da saúde e propostas de desenvolvimento.

Para a realização destes esforços, foram aproveitados estudos sobre magnitude e distribuição territorial da pobreza e outras variáveis obtidas com base nos Censos e pesquisas nacionais. Em alguns casos, estão sendo desenvolvidos sistemas de monitorização com base em populações sob observação.

O desenvolvimento desta capacidade nacional para estudar e vigiar as iniqüidades em saúde tem maior relevância para a gestão do que para o conhecimento das desigualdades internacionais.

## Conclusões

A situação da saúde dos países da região das Américas encontra-se condicionada por múltiplos e complexos processos inter-relacionados. Destacam-se, entre eles, a evolução das iniqüidades sociais, as mudanças na estrutura de idade da população, os processos de urbanização, as mudanças na estrutura do merca-

do de trabalho e das populações trabalhadoras, as alterações na organização dos serviços e outros.

Os processos de reforma do setor Saúde devem considerar, portanto, o impacto que as mudanças nas políticas sociais em geral e de saúde podem ter sobre as iniqüidades sociais.

Enfatizou-se, neste trabalho, a relevância das inter-relações entre iniqüidades sociais e saúde, mais particularmente entre as 'brechas redutíveis de mortalidade', os níveis de desenvolvimento e as condições de vida das populações em termos de acessibilidade acumulada a bens e serviços básicos. Como se pode observar no Quadro 5, o conhecimento da composição por idade das BRM contribuiria para o processo de identificação de grupos de idade prioritários, a partir da perspectiva da mortalidade redutível. É viável a realização de exercícios similares com relação ao sexo, grupos de causas e grupos sociais.

Com base nas considerações apresentadas, pode-se destacar as seguintes conclusões preliminares:

- De acordo com as informações disponíveis, é possível concluir que praticamente todos os países da região obtiveram, nos últimos 30 anos, reduções significativas nas taxas de mortalidade, sobretudo nos menores de 15 anos.
- Estes ganhos, no entanto, não foram semelhantes em todos os países nem em todos os grupos de população, mantendo-se brechas redutíveis de mortalidade em quase todos os grupos de idade abaixo dos 65 anos de idade. Estas BRM tendem a ser maiores na medida em que é menor o nível de desenvolvimento econômico dos países, evidenciando-se assim a relação sinérgica, de impacto mútuo favorável, entre crescimento econômico e situação da saúde.
- Ao considerar, dentro de países com nível econômico similar, as condições de vida das populações – com base no indicador IGADSA como expressão do grau de acessibilidade acumulada a bens e serviços mínimos pelas populações – encontra-se relação inversa entre o nível do IGADSA e as BRM, sobretudo nos menores de 15 anos de idade. Isto reforça a tese de que não basta o crescimento econômico para que se alcance melhorias sustentadas na situação da saúde, se este não se traduz em melhoria das condições de vida das populações. Ainda: aponta a favor de as políticas econômicas considerarem seu impacto sobre as iniqüidades sociais nas condições de vida e saúde das populações. Em termos gerais, aqueles países que conseguiram melhores condições de vida das suas populações – medidas em termos de IGADSA – têm menores BRM, mesmo em comparação com países de

similar desenvolvimento econômico, mas menor eqüidade social. A consistência desta relação favorece a forte associação entre iniqüidades sociais e situação de saúde.

- as BRM, na maioria dos países, aumentaram ou foram paralisadas nos últimos qüinqüênios, sobretudo em menores de 15 anos e, em alguns casos, de 15 a 44 anos.
  Este achado indica com clareza um impacto negativo da crise econômica dos anos 80 e parece consistente com a deterioração das políticas sociais, assim como com os achados de outras instituições sobre o aumento das populações em condições de pobreza.
- O desenvolvimento de sistemas de análise e de vigilância do impacto das políticas econômicas e sociais sobre a situação de saúde e as condições de vida dos diferentes setores da população constitui prioridade importante. Estes mecanismos deveriam estar vinculados aos níveis de decisão e contribuir com os esforços para tornar prioritários os setores e territórios mais empobrecidos, assim como com a adequação das intervenções a seus perfis de problemas prioritários.
- As iniqüidades sociais nos perfis de mortalidade e condições de vida constituem uma das principais barreiras para o avanço e melhoria da situação da saúde. As políticas de saúde devem considerar não somente os critérios de eficiência, custo-efeito e custo-benefício, mas também a definição de prioridades em função do impacto potencial, da eficácia social na redução das BRM e nas condições de vida.
- A forte associação entre BRM e condições de vida, chama a atenção sobre as possíveis limitações das intervenções pontuais, de caráter compensatório, para aliviar a pobreza ou para o combate de problemas específicos da saúde no caso de não se articularem com projetos mais integrais e sustentados, de intervenção inter-setorial, para a melhoria sustentada das condições de vida das populações e do nível de produtividade e sustentabilidade das economias.

**Quadro 1 – Grupos de países de acordo com o PIB *per capita* real por volta de 1989**

| Grupo | País | PIB *per capita* real (US$) |
|---|---|---|
| I | Estados Unidos | 20.998 |
| | Canadá | 18.635 |
| II | Barbados | 8.351 |
| | Trinidad e Tobago | 6.266 |
| III | Venezuela | 5.908 |
| | Uruguai | 5.805 |
| | México | 5.691 |
| | Chile | 4.987 |
| | Brasil | 4.951 |
| | Costa Rica | 4.413 |
| | Argentina | 4.310 |
| | Colômbia | 4.068 |
| IV | Suriname | 3.907 |
| | São Vicente e Granadinas | 3.420 |
| | Panamá | 3.231 |
| | São Cristóvão e Névis | 3.150 |
| | Equador | 3.074 |
| | Jamaica | 2.787 |
| | Paraguai | 2.742 |
| | Peru | 2.731 |
| | República Dominicana | 2.537 |
| | Guatemala | 2.531 |
| | Cuba | 2.500 |
| V | El Salvador | 1.897 |
| | Bolívia | 1.531 |
| | Honduras | 1.504 |
| | Nicarágua | 1.463 |
| | Haiti | 962 |

Fonte: OPS/OMS, HDA.

## Quadro 2 – Taxas de mortalidade estimadas e mortalidade proporcional segundo o país e por grupos de idade – 1985-1989

| Países | Grupos de idade | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 1 | | 1 a 4 | | 5 a 14 | | 15 a 44 | | 45 a 64 | | 65 ou + | |
| | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % |
| Grupo I | | | | | | | | | | | | |
| Estados Unidos | 10,2 | 1,8 | 0,5 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 1,5 | 7,9 | 8,6 | 18,4 | 50,9 | 71,2 |
| Canadá | 7,5 | 1,5 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 1,0 | 7,1 | 7,1 | 18,9 | 47,7 | 71,7 |
| Grupo II | | | | | | | | | | | | |
| Barbados | 12,0 | 3,8 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,8 | 1,1 | 6,5 | 8,8 | 14,6 | 53,3 | 73,8 |
| Trinidad e Tobago | 24,0 | - | 0,8 | - | 0,5 | - | 1,8 | - | 12,9 | - | 66,6 | - |
| Grupo III | | | | | | | | | | | | |
| Argentina | 32,2 | 8,2 | 1,5 | 1,4 | 0,6 | 1,0 | 1,7 | 8,6 | 10,0 | 21,8 | 56,8 | 59,0 |
| Costa Rica | 19,4 | 14,2 | 0,8 | 2,2 | 0,5 | 1,9 | 1,0 | 12,8 | 6,5 | 19,2 | 48,0 | 49,7 |
| Uruguai | 24,4 | 4,4 | 0,9 | 0,6 | 0,4 | 0,7 | 1,3 | 5,5 | 10,5 | 22,4 | 58,6 | 66,4 |
| Chile | 18,1 | 6,9 | 1,0 | 1,5 | 0,6 | 1,4 | 1,7 | 13,2 | 10,2 | 23,1 | 57,5 | 53,9 |
| Colômbia | 39,6 | 18,2 | 2,5 | 4,2 | 1,1 | 2,4 | 2,4 | 19,7 | 10,1 | 11,7 | 56,9 | 43,8 |
| Venezuela | 35,9 | 20,6 | 2,0 | 4,2 | 0,6 | 3,1 | 1,9 | 16,3 | 10,1 | 20,7 | 53,8 | 35,1 |
| México | 42,6 | 21,8 | 2,8 | 5,2 | 1,0 | 2,9 | 2,4 | 19,0 | 9,4 | 17,4 | 52,5 | 33,7 |
| Brasil | 63,2 | - | 6,2 | - | 1,3 | - | 2,7 | - | 11,1 | - | 54,3 | - |
| Grupo IV | | | | | | | | | | | | |
| Cuba | 15,2 | 4,2 | 0,7 | 0,8 | 0,5 | 1,0 | 1,3 | 10,4 | 6,5 | 17,2 | 50,2 | 66,4 |
| Panamá | 22,7 | 11,9 | 2,6 | 5,2 | 1,0 | 3,3 | 1,7 | 15,6 | 7,8 | 18,3 | 50,6 | 45,7 |
| Equador | 63,3 | 28,5 | 6,5 | 10,4 | 1,8 | 4,5 | 2,3 | 14,2 | 9,5 | 13,7 | 56,5 | 28,7 |
| Peru | 88,2 | 30,8 | 9,6 | 11,5 | 2,0 | 3,6 | 2,5 | 12,9 | 10,4 | 13,8 | 65,8 | 27,4 |
| Paraguai | 48,9 | 26,5 | 4,9 | 9,3 | 1,1 | 3,9 | 1,8 | 12,4 | 10,0 | 15,4 | 61,1 | 32,7 |
| Rep. Dominicana | 64,9 | - | 4,7 | - | 1,2 | - | 2,1 | - | 9,4 | - | 58,5 | - |
| Guatemala | 58,7 | 27,0 | 11,0 | 17,1 | 2,7 | 5,9 | 3,7 | 16,9 | 11,7 | 13,6 | 57,1 | 19,5 |
| Grupo V | | | | | | | | | | | | |
| Nicarágua | 61,6 | 32,6 | 8,6 | 15,5 | 2,3 | 5,5 | 3,2 | 16,7 | 10,5 | 11,8 | 54,6 | 17,9 |
| El Salvador | 57,4 | 25,3 | 7,8 | 12,1 | 1,2 | 2,8 | 4,6 | 22,3 | 11,0 | 14,3 | 55,0 | 23,2 |
| Honduras | 68,4 | 33,8 | 6,4 | 11,0 | 2,1 | 5,6 | 2,7 | 14,2 | 10,5 | 12,5 | 56,2 | 22,9 |
| Bolívia | 109,8 | 33,4 | 18,2 | 17,3 | 3,5 | 4,8 | 4,6 | 13,9 | 16,4 | 12,9 | 78,0 | 17,7 |
| Haiti | 96,6 | 28,9 | 11,4 | 9,0 | 2,0 | 4,8 | 2,8 | 14,4 | 10,5 | 14,8 | 56,4 | 28,1 |

Fonte: OPS/OMS. HDA.

## Quadro 3 – Taxas de mortalidade estimadas e mortalidade proporcional segundo o país e por grupos de idade – 1975-1979

| Países | Grupos de idade | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 1 | | 1 a 4 | | 5 a 14 | | 15 a 44 | | 45 a 64 | | 65 ou + | |
| | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % | Taxa | % |
| Grupo I | | | | | | | | | | | | |
| Estados Unidos | 14,4 | 2,5 | 0,6 | 0,4 | 0,3 | 0,7 | 1,5 | 8,0 | 9,9 | 23,0 | 52,3 | 65,4 |
| Canadá | 12,2 | 2,6 | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 0,9 | 1,3 | 8,7 | 8,6 | 23,0 | 51,5 | 64,3 |
| Grupo II | | | | | | | | | | | | |
| Barbados | 27,0 | 5,7 | 1,4 | 1,1 | 0,4 | 1,0 | 1,3 | 6,3 | 10,2 | 18,9 | 57,3 | 67,0 |
| Trinidad e Tobago | 38,0 | - | 1,5 | - | 0,5 | - | 1,7 | - | 14,1 | - | 64,8 | - |
| Grupo III | | | | | | | 2,0 | | | | | |
| Argentina | 40,5 | 11,4 | 1,8 | 1,9 | 0,6 | 1,2 | 1,2 | 10,1 | 10,8 | 24,0 | 56,8 | 51,4 |
| Costa Rica | 36,5 | 23,7 | 2,2 | 5,0 | 0,5 | 2,9 | 1,4 | 13,3 | 7,9 | 17,5 | 52,9 | 37,6 |
| Uruguai | 42,4 | 9,0 | 1,3 | 1,0 | 0,4 | 0,7 | 1,6 | 6,6 | 10,6 | 22,8 | 59,8 | 59,9 |
| Chile | 46,6 | 15,3 | 2,1 | 2,6 | 0,6 | 1,9 | 2,3 | 14,0 | 12,0 | 22,2 | 59,4 | 44,0 |
| Colômbia | 59,4 | 26,1 | 5,6 | 8,6 | 1,1 | 4,1 | 2,8 | 15,6 | 12,0 | 11,3 | 61,4 | 34,3 |
| Venezuela | 43,3 | 25,3 | 3,2 | 6,7 | 0,6 | 3,7 | 2,1 | 15,7 | 10,9 | 19,7 | 54,3 | 28,9 |
| México | 59,0 | 29,5 | 4,8 | 8,9 | 1,0 | 3,9 | 3,0 | 17,0 | 10,8 | 14,8 | 53,7 | 25,9 |
| Brasil | 78,7 | - | 7,8 | - | 1,3 | - | 3,2 | - | 12,4 | - | 56,5 | - |
| Grupo IV | | | | | | | | | | | | |
| Cuba | 22,4 | 7,0 | 1,2 | 1,8 | 0,5 | 2,1 | 1,5 | 11,3 | 8,1 | 20,4 | 47,4 | 57,4 |
| Panamá | 31,6 | 16,7 | 4,1 | 8,2 | 1,0 | 4,6 | 2,1 | 14,9 | 9,2 | 17,7 | 56,3 | 37,9 |
| Equador | 82,3 | 33,4 | 9,4 | 12,9 | 1,8 | 5,1 | 2,9 | 12,7 | 11,2 | 12,1 | 52,7 | 23.8 |
| Peru | 104,8 | 34,1 | 14,7 | 15,8 | 2,0 | 4,5 | 3,4 | 12,6 | 12,1 | 11,6 | 69,9 | 21,4 |
| Paraguai | 52,8 | 27,2 | 5,3 | 9,6 | 1,1 | 4,4 | 1,8 | 11,4 | 10,4 | 15,7 | 62,8 | 31,7 |
| Rep. Dominicana | 84,2 | - | 7,5 | - | 1,2 | - | 2,6 | - | 10,9 | - | 64,3 | - |
| Guatemala | 83,3 | 30,5 | 16,0 | 19,0 | 2,7 | 6,2 | 4,7 | 16,4 | 14,2 | 12,4 | 65,2 | 15,5 |
| Grupo V | | | | | | | | | | | | |
| Nicarágua | 92,9 | 36,7 | 13,3 | 17,0 | 2,3 | 5,6 | 4,6 | 16,3 | 13,7 | 11,0 | 65,1 | 13,4 |
| El Salvador | 87,2 | 32,6 | 12,2 | 15,2 | 1,2 | 3,0 | 5,0 | 18,9 | 13,3 | 12,3 | 67,0 | 18,0 |
| Honduras | 89,8 | 35,7 | 12,7 | 16,9 | 2,1 | 5,4 | 4,2 | 14,9 | 13,4 | 12,0 | 61,1 | 15,2 |
| Bolívia | 138,2 | 35,9 | 25,9 | 19,5 | 3,5 | 5,2 | 5,6 | 13,3 | 16,6 | 11,0 | 80,3 | 15,1 |
| Haiti | 120,8 | 28,0 | 16,1 | 12,8 | 2.0 | 4,5 | 4,2 | 15,2 | 13,7 | 14,6 | 64,7 | 24,9 |

Fonte: OPS/OMS. HDA.

**Quadro 4 – Valores do indicador global de acessibilidade ao desenvolvimento social acumulado para os países incluídos no estudo**

| Grupo/País | Acess. S. Saúde | Acess. Econ. | Acess. Educ. | Acess. Nutr. | Acess. Saneam. | IGADSA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Grupo I | | | | | | |
| Estados Unidos | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Canadá | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Grupo II | | | | | | |
| Barbados | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Trinidad e Tobago | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4,4 |
| Grupo III | | | | | | |
| Argentina | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4,8 |
| Costa Rica | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4,6 |
| Uruguai | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4.6 |
| Chile | 5 | 3 | 4 | 2 | 5 | 3,8 |
| Colômbia | 3 | 3 | 4 | 2 | 5 | 3,4 |
| Venezuela | 3 | 3 | 4 | 2 | 5 | 3,4 |
| México | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3,2 |
| Brasil | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 2,8 |
| Grupo IV | | | | | | |
| Cuba | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4,6 |
| Panamá | 5 | 2 | 4 | 2 | 5 | 3.6 |
| São Cristóvão e Névis | 5 | 1 | 5 | 2 | 5 | 3.6 |
| Jamaica | 5 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3,4 |
| Suriname | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 | 3,4 |
| São Vicente e Granadinas | 5 | 1 | 3 | 2 | 5 | 3,2 |
| Equador | 3 | 2 | 4 | 1 | 3 | 2,6 |
| Peru | 1 | 4 | 4 | 1 | 3 | 2,6 |
| Paraguai | 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2,4 |
| Rep. Dominicana | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2,4 |
| Guatemala | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,6 |
| Grupo V | | | | | | |
| Nicarágua | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2,4 |
| El Salvador | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2,2 |
| Honduras | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2,0 |
| Bolívia | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1,6 |
| Haiti | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,0 |

Fonte: Programa HDP/HDA, OPS/OMS, 1993.

## Quadro 5 – Estrutura proporcional por idade da brecha redutível segundo o país – 1985-1989[1]

| | < 1 | | 1 - 4 | | 5 - 14 | | 15 - 44 | | 45 - 64 | | Total[2] | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| País | Grupo | Região | Grupo | Região | Grupo | Região | Grupo | Região | Grupo | Região | Grupo | Região |
| EUA | 8.0 | 6.6 | 1.0 | 0.8 | 0.8 | 0.7 | 36.8 | 31.3 | 53.4 | 60.6 | 6.0 | 7.3 |
| Canadá | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4.9 | 0 | 95.1 | 0.1 | 1.6 |
| Barbados | 0 | 22.6 | 0 | 1.5 | 100.0 | 5.8 | 0 | 10.2 | 0 | 59.9 | 0.1 | 6.3 |
| Trinidad e Tobago | 54.2 | 51.2 | 2.0 | 2.2 | 0 | 0.8 | 5.7 | 4.7 | 38.1 | 41.1 | 5.5 | 8.0 |
| Argentina | 23.5 | 31.1 | 2.7 | 5.8 | 2.2 | 2.8 | 22.4 | 18.9 | 49.2 | 41.5 | 15.3 | 18.1 |
| Brasil | | | | | | | | | | | 55.0 | 57.1 |
| Chile | 0 | 21.8 | 2.2 | 4.6 | 2.9 | 3.2 | 36.4 | 27.8 | 58.5 | 42.6 | 14.2 | 19.0 |
| Colômbia | 33.5 | 41.8 | 9.6 | 9.9 | 4.1 | 4.2 | 38.6 | 32.2 | 14.2 | 11.9 | 29.4 | 35.3 |
| Costa Rica | 100.0 | 85.4 | 0 | 10.4 | 0 | 4.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.9 | 10.2 |
| México | 36.9 | 44.5 | 10.9 | 11.0 | 4.8 | 4.6 | 31.8 | 26.6 | 15.6 | 13.1 | 33.5 | 40.2 |
| Uruguai | 10.2 | 22.8 | 0.4 | 2.3 | 1.1 | 1.9 | 10.7 | 8.9 | 77.6 | 641 | 11.0 | 133 |
| Venezuela | 35.0 | 44.9 | 8.5 | 9.0 | 6.0 | 5.7 | 25.1 | 20.1 | 25.4 | 20.3 | 29.0 | 36.3 |
| Cuba | 0 | 41.8 | 0 | 7.2 | 0 | 7.9 | 0 | 41.4 | 0 | 1.7 | 0 | 5.1 |
| Rep. Domin. | | | | | | | | | | | 42.0 | 50.2 |
| Equador | 48.7 | 49.6 | 20.5 | 19.2 | 7.2 | 7.3 | 13.9 | 15.4 | 9.7 | 8.5 | 44.5 | 50.7 |
| Guatemala | 34.8 | 37.2 | 27.7 | 26.0 | 8.1 | 8.1 | 19.0 | 19.2 | 10.4 | 9.5 | 57.5 | 63.4 |
| Panamá | 25.1 | 31.5 | 23.3 | 17.2 | 9.6 | 8.7 | 22.4 | 30.2 | 19.6 | 12.4 | 15.6 | 25.3 |
| Paraguai | 49.0 | 50.4 | 21.1 | 19.1 | 6.6 | 6.8 | 8.9 | 11.6 | 14.4 | 12.1 | 37.1 | 44.5 |
| Peru | 51.0 | 51.3 | 21.1 | 20.1 | 5.1 | 5.4 | 12.6 | 13.9 | 10.2 | 9.3 | 49.9 | 54.9 |
| Bolívia | 39.1 | 43.9 | 27.5 | 23.9 | 8.0 | 4.6 | 13.9 | 8.0 | 11.4 | 10.9 | 40.8 | 71.0 |
| El Salvador | 0 | 37.6 | 18.7 | 19.5 | 0 | 3.4 | 76.1 | 29.5 | 5.3 | 9.9 | 11.8 | 58.5 |
| Haiti | 64.1 | 49.3 | 21.8 | 16.1 | 12.9 | 7.5 | 0.9 | 16.7 | 0.3 | 10.4 | 18.3 | 54.1 |
| Honduras | 65.8 | 51.3 | 0 | 17.4 | 33.9 | 8.2 | 0 | 15.0 | 0.3 | 8.1 | 8.2 | 58.7 |
| Nicarágua | 18.7 | 44.8 | 34.0 | 23.2 | 22.3 | 7.3 | 25.0 | 17.7 | 0 | 7.0 | 11.8 | 63.7 |

1 Proporção da Brecha Redutível (com relação aos valores mínimos do respectivo grupo e da região) que corresponde a cada grupo de idade.

2 Corresponde ao total da Brecha Redutível em menores de 65 anos com relação às mortes estimadas para todas as idades.

Fonte: OPS/OMS. HDA

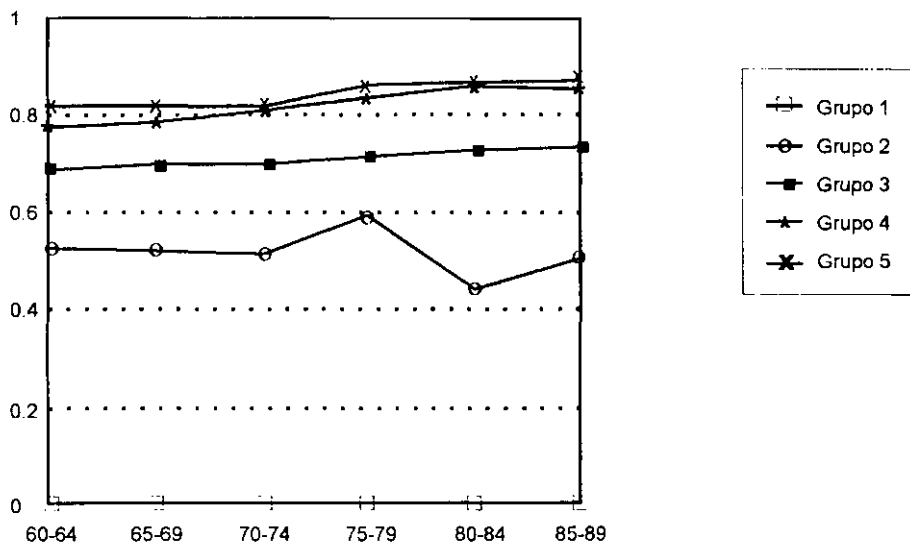
**Gráfico 1 – Brechas redutíveis de mortalidade por grupos de países para menores de um ano de idade – 1960-1964 a 1985-1989**

Fonte: OPS/OMS. HDA.

**Gráfico 2 – Brechas redutíveis de mortalidade por grupos de países para idades de um a quatro anos de idade – 1960-1964 a 1985-1989**

1
0.8
0.6
0.4
0.2
0
60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85-89

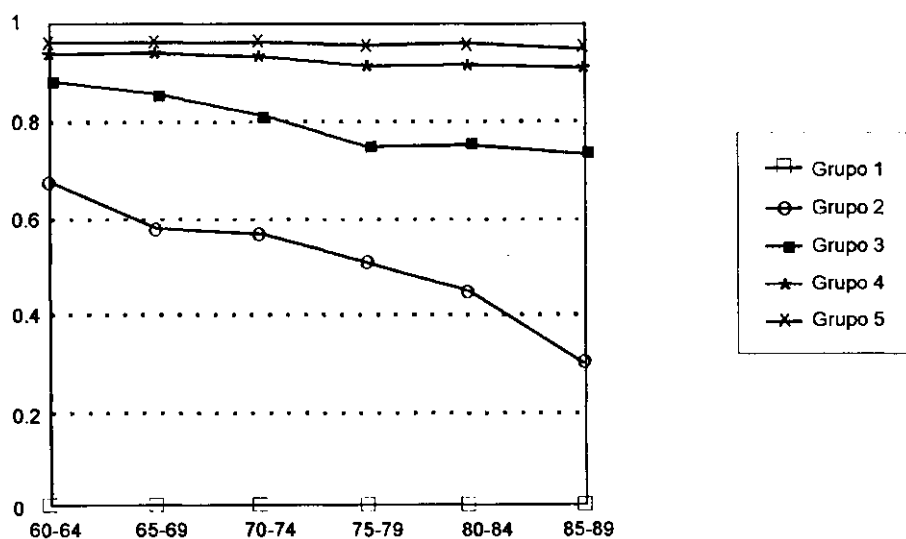
Grupo 1
Grupo 2
Grupo 3
Grupo 4
Grupo 5

Fonte: OPS/OMS. HDA.

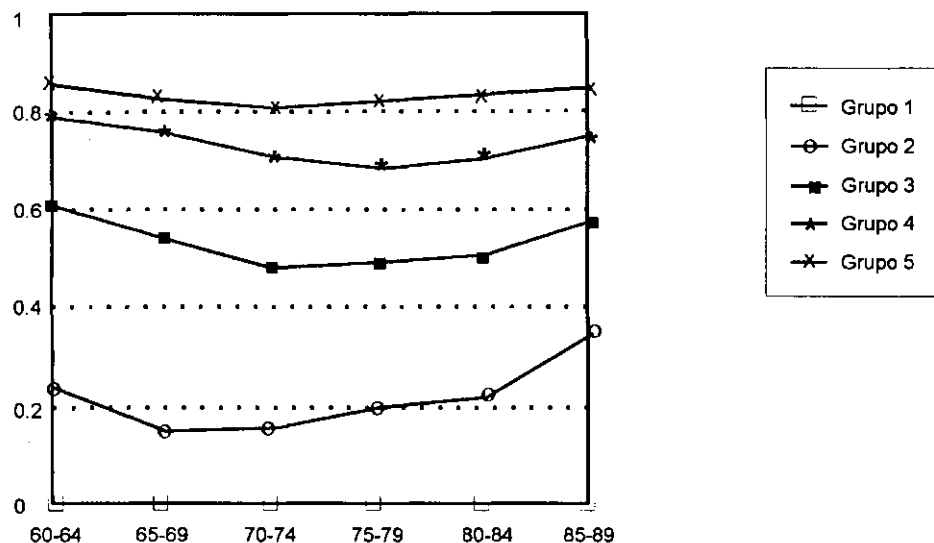
**Gráfico 3 – Brechas redutíveis de mortalidade por grupos de países para idades de cinco a 14 anos de idade – 1960-1964 a 1985-1989**

Fonte: OPS/OMS. HDA.

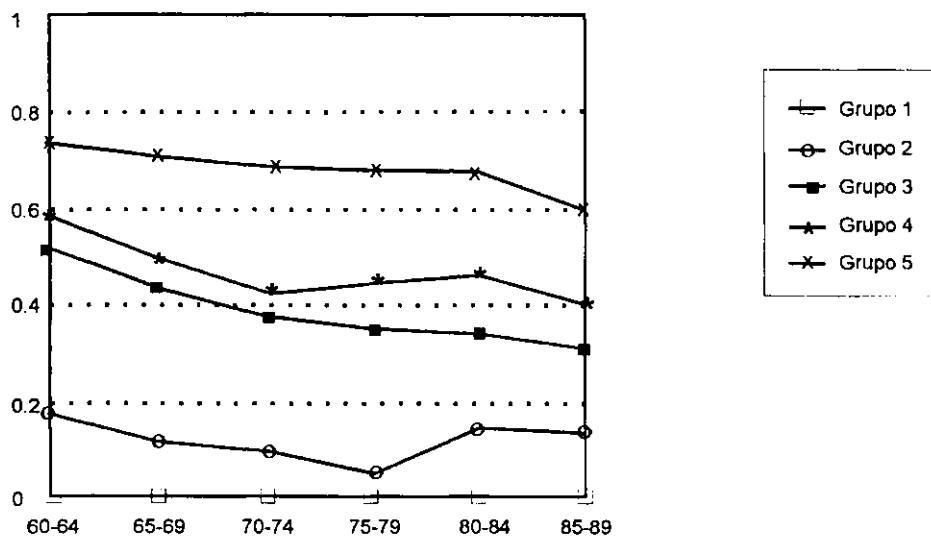
**Gráfico 4 – Brechas redutíveis de mortalidade por grupos de países para idades de 15 a 44 anos de idade – 1960-1964 a 1985-1989**

Fonte: OPS/OMS. HDA.

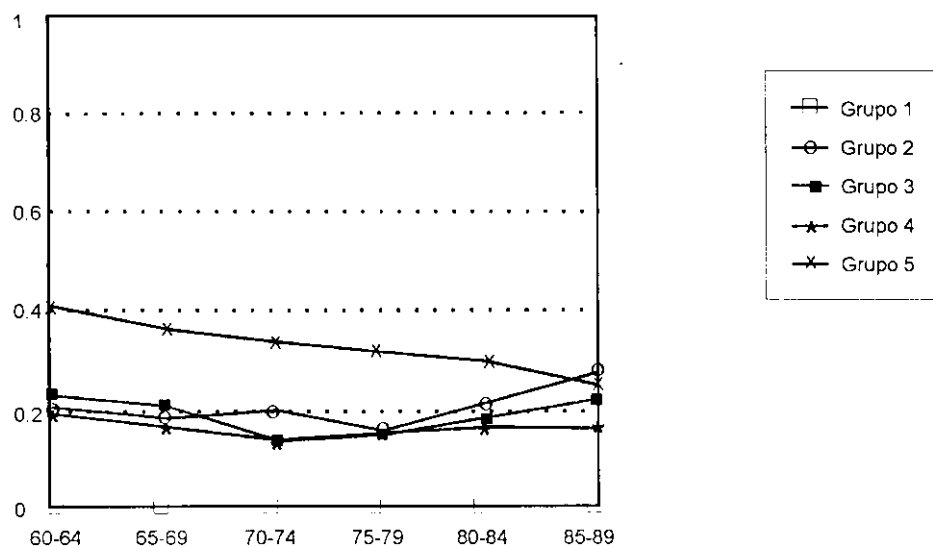
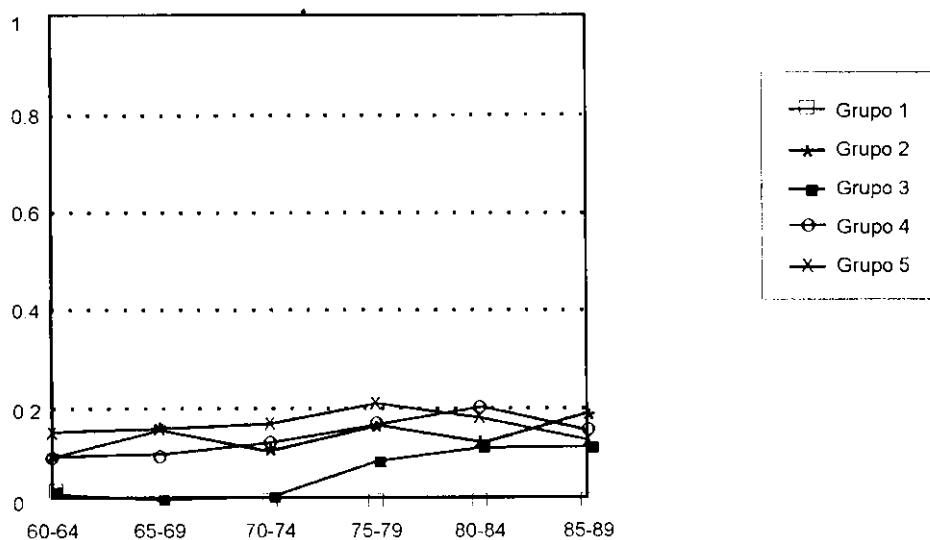
**Gráfico 5 – Brechas redutíveis de mortalidade por grupos de países para idades de 45 a 64 anos de idade – 1960-1964 a 1985-1989**

Fonte: OPS/OMS. HDA.

**Gráfico 6 – Brechas redutíveis de mortalidade por grupos de países para idades de 65 anos de idade ou mais – 1960-1964 a 1985-1989**

Fonte: OPS/OMS. HDA.

# NOTAS TÉCNICAS

## CLASSIFICAÇÃO DE PAÍSES EM GRUPOS SEGUNDO O NÍVEL ECONÔMICO

A classificação foi feita com base no valor do PNB ajustado pelo valor aquisitivo real por volta de 1980-90, tirado do Informe de Desenvolvimento Humano 1992, produzido pelo PNUD.

Os países foram classificados de tal forma que – com exceção do Grupo V, que inclui os países mais pobres – em nenhuma das categorias o valor maior excede em 60% o menor dos valores nelas incluídos.

## CONSTRUÇÃO DO IGADSA

O 'indicador global de desenvolvimento social acumulado' (IGADSA) foi construído com base em cinco dimensões:

- acessibilidade acumulada a serviços básicos de saúde (inclui variáveis de cobertura de atenção ao parto e proporção de mortes estimadas que foram registradas e diagnosticadas);
- acessibilidade acumulada a recursos econômicos (inclui variáveis sobre a razão de ingressos entre 20% mais rico e mais pobre, e sobre distribuição da população em torno do ingresso promédio);
- acessibilidade acumulada a nutrientes (inclui variáveis de calorias e proteínas *per capita* disponíveis);
- acessibilidade acumulada a saneamento básico (inclui variáveis de cobertura de água potável e cobertura de disposição sanitária de excretas);
- acessibilidade acumulada ao sistema educativo (inclui variáveis de percentagem de analfabetismo e número promédio de anos de escolaridade).

Todas as variáveis foram ajustadas a uma escala de 1 a 5, de acordo com a dispersão observada na série. Cada dimensão assume o valor de promédio dos valores daquelas variáveis que inclui. O IGADSA é o valor de promédio do conjunto das cinco dimensões.

Os valores correspondentes a cada variável foram tirados de diferentes fontes publicadas – Nações Unidas, PNUD, BM, BID, FAO, UNESCO e outras –, além das obtidas diretamente pela OPS/OMS de fontes originais dos países.

Quando fontes variadas subministraram dados muito discordantes, adotou-se o valor considerado mais razoável por consenso do grupo de trabalho. Quando os valores apresentavam discrepâncias menores, adotou-se o promédio deles.

Quando da elaboração deste texto, utilizou-se os valores respectivos do período em torno de 1989-90.

## CÁLCULO DAS BRECHAS REDUTÍVEIS DE MORTALIDADE (BRM)

Estimou-se as taxas de mortalidade para cada grupo de idade, correspondentes a cada país e para cada qüinqüênio, desde 1960-64 até 1985-89.

Para o cálculo das BRM com relação à região, utilizou-se como taxa de referência a mais baixa obtida para o mesmo grupo de idade por algum país da região no respectivo qüinqüênio. Portanto, todas as BRM com relação à região, correspondentes a um mesmo qüinqüênio, estão calculadas com as mesmas taxas de referência e são comparáveis entre si.

Com relação ao mesmo grupo de países, para o cálculo das BRM usou-se como taxa de referência a mais baixa obtida para o mesmo grupo de idade por algum país do mesmo grupo de nível econômico. As BRM não são comparáveis às correspondentes a diferentes grupos de países.

As BRM representam a proporção das respectivas taxas que excede o valor da taxa de referência. Portanto, todas estão reportadas em escala de 0 a 1. Quanto mais se aproxima a 1, maior é a BRM para aquela idade e aquele qüinqüênio.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COMISSIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Equidade y Transformación Productiva: un enfoque integrado. Santiago del Chile, 1992.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPS/OMS). Publicação científica OPS/OMS, Washington, D.C., 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPS/OMS). Condições de Saúde nas Américas. Edição 1994. Washington, D.C., 1994.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Informe sobre o Desenvolvimento Humano, 1992.

8

# EPIDEMIOLOGIA E SUPERAÇÃO DAS INIQÜIDADES EM SAÚDE

*Marilisa Berti de Azevedo Barros*

Para a superação de iniqüidades em saúde parece relevante tentar identificar diferentes naturezas de contribuições, que poderiam advir das diversas formas do pensar e fazer em Epidemiologia, tendo em vista a ampla diversidade de abordagens e conteúdos temáticos que se desenvolvem dentro do campo de trabalho e investigação da Epidemiologia e, mesmo, das discussões que cercam a delimitação do próprio objeto desta ciência/disciplina (Almeida Filho, 1990; Ayres, 1995; Barata, 1990; Breilh, 1992; Goldberg, 1990; Miettinem, 1985).

Neste sentido, serão feitas considerações sobre três tópicos:

- natureza da investigação epidemiológica em geral e sua relação com o tema da iniqüidade;
- apreciação do desenvolvimento de um campo temático no interior da Epidemiologia/Saúde Coletiva, voltado especificamente à análise das diferenças sociais em saúde;
- papel da Epidemiologia, no embate com as iniqüidades, ao subsidiar atividades de planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Este item é ilustrado com um projeto que vem sendo desenvolvido no município de Campinas (SP).

# EPIDEMIOLOGIA NA ESSÊNCIA: DIFERENÇAS, DESIGUALDADES E INIQÜIDADES

Assumindo-se que a Epidemiologia tem por objeto "a ocorrência dos eventos de saúde em coletividades humanas e dos determinantes do padrão de ocorrência verificado", é possível subdividir o campo da investigação epidemiológica na descrição e análise tanto de padrões de distribuição de eventos relacionados à saúde quanto das 'relações' entre 'fatores' de risco e eventos de saúde-doença, como vem sendo feito (Hennekens,1987; Lilienfeld & Stolley, 1994; MacMahon & Pugh, 1970).

Observa-se que a Epidemiologia 'descritiva' fica praticamente excluída em vários livros mais recentes, sendo que, na última edição do livro de Lilienfeld & Stolley (1994), os estudos descritivos são incluídos sob rótulo de "demográficos" (Kelsey, Thompson & Evans, 1986; Kleinbaum, Kupper & Morgenstern, 1982; Miettinem, 1985; Rothman, 1986).

Toda a tarefa de investigação da chamada 'Epidemiologia descritiva' – descrição e análise de padrões de distribuição de eventos de saúde e, mesmo, de fatores de risco em diferentes segmentos de populações, em espaços diversificados, acompanhamento de tendências temporais e estabelecimento de projeções – se faz visando a identificação de 'diferenças' observáveis entre incidências e prevalências de doenças ou taxas de mortalidade, apreendidas em subcategorias derivadas das dimensões referidas de 'pessoa, tempo e lugar'. É o achado de 'diferenças' que alimenta o desenvolvimento de hipóteses, especulações e análises epidemiológicas.

Por sua vez, a tarefa da 'Epidemiologia Etiológica' se faz com base na identificação das diferenças de riscos de doenças entre subgrupos populacionais, que possam ser 'explicadas' pela ocorrência de níveis diversificados de exposição a 'fatores de risco'. Verifica-se, então, que esta área do saber científico encontra sua própria possibilidade de ser na existência de desigualdades quanto à distribuição populacional de 'riscos' e de 'exposições'.

Essencialmente, para a Epidemiologia são consideradas indesejáveis as desigualdades de riscos 'explicadas' pelas diferenças nos níveis de exposição a dado fator – depois de descartadas as atuações do 'acaso', do '*bias*' e do 'confundimento' introduzidas por outras variáveis. Pois, se existe diferença em exposição que explica o aumento do risco de uma doença, a própria exposição ou seu excesso devem ser, se possível, anulados. É o argumento que dá suporte à proposição dos 'riscos atribuíveis', da concepção de risco excessivo.

O projeto subjacente da Epidemiologia é a redução dos riscos aos menores possíveis, é a diminuição máxima das exposições maléficas à saúde. Seu projeto é restringir as desigualdades de exposição, buscando convergir os estratos de maior exposição para os de menor, o que é, se concebível e viável, o 'não exposto'.

No limite, busca-se a semelhança dos estratos, tendo como meta igualar suas experiências de exposição, tomando por referência o estrato de mais baixa exposição. Em conseqüência, o olhar de intervenção se volta da doença para a busca de estratégias de redução das prevalências dos fatores de risco. A Epidemiologia força a direção do olhar para a promoção do que é saudável e prevenção da doença.

Contudo, se o projeto da Epidemiologia é o da restrição das exposições a fatores de risco – portanto de redução das diferenças de exposição – é este, na essência, um projeto de superação de iniqüidades? A questão remete para a 'natureza' dos fatores de risco sobre os quais a Epidemiologia se debruça de preferência. As diferenças de prevalências de fatores de risco, se indesejáveis, podem ser alteradas? São elas socialmente determinadas? No caso de serem passíveis de redução e socialmente determinadas, são iníquas no sentido de "perversas, malévolas, extremamente injustas", como define o 'Aurélio' (Ferreira, 1975)?

## O Social que, não por 'Acaso', Introduz '*Bias*' e 'Confundimento' nas Análises Epidemiológicas

Como a Epidemiologia não estuda populações em abstrato, mas seres humanos integrados em sociedades reguladas por leis que demarcam, também, as possibilidades de realização das potencialidades biológicas individuais, o seu objeto está fortemente penetrado pela dimensão do social.

As distribuições epidemiológicas dos fatores de risco, mesmo muitos de natureza física, química e biológica, terão seus espaços de expressão delimitados pela organização social de referência. No entanto, há uma 'vocação' da Epidemiologia, em decorrência do método que utiliza de forma preferencial, no sentido de se voltar mais seletivamente para o estudo de fatores de risco – ou de proteção – de natureza física, química ou biológica (Lilienfeld & Stolley, 1994).

Desse modo, as distribuições das doenças e as dos fatores de risco, articulando-se dialeticamente e subsumidas aos ditames da ordem social, fazem com

que a Epidemiologia, mesmo a etiológica e a aplicada à investigação clínica, se veja diante da necessidade de dimensionar, selecionar indicadores e medir 'variáveis sócio-econômicas', ainda que seja para controlar seu papel enquanto confundidores ou enquanto modificadores de um efeito sob estudo. Esta necessidade de identificar indicadores de estratos sociais nos estudos epidemiológicos e as dificuldades e limitações inerentes a esta empreitada têm sido apontadas por vários autores (Jones & Cameron, 1984).

Quero defender, com estas considerações, a tese de que a Epidemiologia, ao identificar diferenças e 'causas' das diferenças por ser inerente ao seu campo de saber, de um lado, carrega um potencial de contribuição para a superação de desigualdades e iniqüidades em saúde – isto por adotarmos como pressuposto que o saber, o reconhecer científico, representa um elemento na dinâmica de superação de circunstâncias socialmente indesejáveis. E, por outro lado, em uma sociedade de iniqüidades sociais extremas como a nossa, o campo de investigação epidemiológico não consegue ficar alheio à força do social que se manifesta no seu objeto de conhecimento, ainda que pudesse pretendê-lo. As diferenças em exposições biológicas, químicas ou físicas estão, em geral, relacionadas às diferenças sociais.

Estas observações são válidas no caso de não passarem a prevalecer as propostas de redução da Epidemiologia a um conjunto de métodos e técnicas sem campo específico, que descartariam os vínculos contextuais, sociais e históricos da área, ao colocar como objeto 'funções de ocorrência' (Miettinem, 1985) desencarnadas não só dos processos saúde-doença e do campo da saúde, mas até do campo do humano.

## CONTRIBUINDO PARA ENTENDER E INTERVIR SOBRE AS INIQÜIDADES PREVALENTES – CORRENTES LATINO-AMERICANAS

A Epidemiologia, entretanto, tem empreendido mais na questão das desigualdades em saúde do que o apenas exigido para 'controle de confundimentos'.

Correntes de pensamento e linhas de investigação na Epidemiologia e nos campos correlatos da Medicina Social e da Saúde Pública têm-se dedicado ao estudo da desigualdade social na saúde, da dimensão do social da produção e distribuição de eventos de saúde em coletividades humanas. As desigualdades

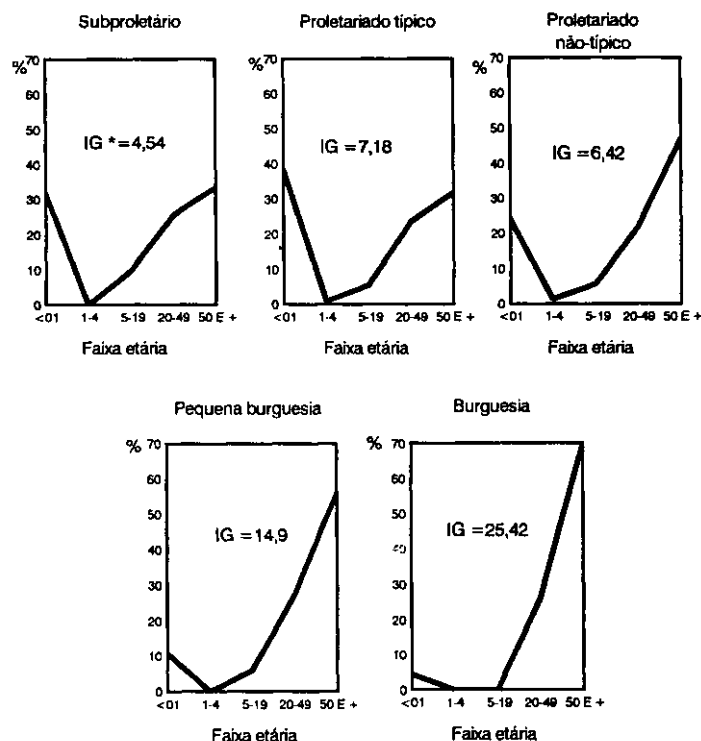
sociais manifestam-se tão intensas e marcam tanto a qualidade de vida e de saúde dos indivíduos, que as relações entre a saúde e a sociedade tornaram-se um notável campo de interesse de investigação, bem como do potencial de intervenção e mudanças sociais.

Abalada pelas desigualdades sociais mais extremas e suas claras e ímpias repercussões na possibilidade e qualidade de vida dos cidadãos, a América Latina tem testemunhado o surgimento de correntes de pensamento e propostas teórico-conceituais, também no interior da Epidemiologia, que se propõem a dar conta e resposta às disparidades sociais e problemas presentes na saúde (Barreto, 1990; Breilh, 1991; Laurell & Noriega, 1989). Orientados especialmente por um referencial marxista, esses movimentos levaram ao desenvolvimento da Saúde Coletiva e da Epidemiologia Social ou Crítica. As novas propostas buscaram, principalmente, trazer para a análise as relações entre a dinâmica e características das sociedades capitalistas e as questões da saúde.

Destas contribuições resultaram avanços teóricos, conceituais, operativos e de propostas de intervenção. A partir do estudo das relações entre saúde e trabalho, por exemplo, passou-se a ter um reconhecimento mais integrado do complexo de dimensões que produzem a saúde e a doença daqueles que produzem a riqueza das nações (Laurell & Noriega, 1989).

Procurando analisar as desigualdades em saúde, com base em recortes que superassem os critérios de estratificação arbitrariamente escolhidos pelos autores, vários estudos voltaram-se à análise dos diferenciais de saúde segundo classes sociais (Barros, 1983; Bronfman & Tuirán, 1984; Lombardi et al., 1988), então conceituadas sob perspectiva marxista. Os trabalhos realizados nessa abordagem mostravam intensas desigualdades de saúde entre os diferentes segmentos de classe social, modulados por diversos aspectos das condições de vida desses grupos (Barros, 1983).

Como ilustração dessa produção, a Figura 1 apresenta a distribuição das mortes por faixa etária, segundo classes sociais, em estudo realizado em Campinas (Nunes & Barros, 1991). Estas pesquisas tornaram mais clara a necessidade de ampliar os referenciais no sentido de melhor apreender as complexas dimensões ligadas às desigualdades em saúde; abordagens que pudessem levar mais em conta os processos de mediação e modulação das expressões na saúde das distintas formas de inserção social. A compreensão de níveis hierarquizados de determinação conduzem também a propostas de novos modelos de análises quantitativas (Victora et al., 1990).

**FIGURA 1 – Curvas de mortalidade proporcional segundo classe social. Campinas – 1991**

Índice de Guedes.
Excluídas pessoas fora da força de trabalho.
Fonte: Nunes, E. D. & Barros, M. B. A. Mortalidade e Classe Social: um estudo no município de Campinas. Relatório final. FINEP. 1991.

O tema das desigualdades em saúde se mantém com a maior atualidade. Análises das tendências dos diferenciais de saúde são realizadas em algumas áreas ou mesmo para o país como um todo, como feito na Inglaterra (Towsend & Davidson, 1992). Dado o modelo de desenvolvimento econômico na década de 90, que avança acompanhado de política social contida, tímida e recuada, gerando um segmento maior de desempregados, de nunca empregados, de menores de ruas, de sem teto, enfim, de uma massa de excluídos, tende a persistir a questão da desigualdade social em saúde como tema não descartável dos movimentos progressistas da sociedade (Bobbio, 1995). No Brasil, corroborando essa situação, os dados revelam a extraordinária concentração da renda e os grandes diferenciais de saúde que são mantidos (Brasil, 1995; Wood & Carvalho, 1994).

## ESPAÇO SÓCIO-GEOGRÁFICO REFERENCIANDO ANÁLISES DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

Uma vertente que vem sendo desenvolvida na América Latina é a da análise das condições de saúde de populações referenciadas territorialmente. Embora tão antiga quanto a Epidemiologia, a abordagem do espaço passa agora a ser empreendida numa concepção não só da dimensão ecológica, natural ou administrativa, mas do espaço social e historicamente constituído (Silva, 1985), como expressão de transformações sociais e de formas sociais específicas de ocupação.

Retomar o espaço geográfico nessa acepção trouxe novas possibilidades de análise para o campo da Epidemiologia e da Saúde Coletiva. Estudos que analisam diferenciais intra-urbanos foram realizados já no século passado em países europeus. Entre nós, na década de 70, foram desenvolvidos estudos voltados à análise dos diferenciais de mortalidade entre áreas do município de São Paulo (Leser, 1974; Yunes, 1983) que já dispunha de dados desagregados por distritos. Estudos abordando diferenciais de saúde em populações espacialmente demarcadas vêm sendo desenvolvidos em vários países (Barros & Araújo, 1992; Breilh, 1983; Breilh et al., 1990; Castellanos, 1991; Nuñez, 1994; Paim et al., 1987) e têm trazido aprofundamentos conceituais e metodológicos para esta linha de investigação e intervenção.

## SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO EMBATE DAS INIQÜIDADES

Portanto, com a perspectiva de que a identificação da desigualdade em saúde pudesse gerar maior potencial de superação se referida a um espaço sócio-geográfico definido onde as intervenções do Estado e a atuação dos cidadãos pudessem ter lugar, vários projetos foram sendo desenvolvidos, buscando analisar os níveis e diferenciais de saúde de populações espacialmente referenciadas (Breilh, 1983; Breilh et al., 1990; Castellanos, 1991; Nuñez, 1994; Paim et al., 1987).

Entendendo que os serviços de saúde exercem papel privilegiado de intervenção para a promoção e proteção específica da saúde e para o diagnóstico, controle, cura e reabilitação de doentes, com impactos historicamente comprovados sobre os eventos de saúde – sem desconsiderar toda a configuração de determinantes que extrapolam este setor –, uma estratégia oportuna para a análise das condições de saúde de segmentos populacionais poderia ser constituída pelas áreas

geográficas delimitadas segundo o modelo de organização de um sistema, de saúde hierarquizado, regionalizado e descentralizado (Barros et al., 1990; Barros & Araújo, 1992; Kadt & Tasca, 1993; Mendes, 1993).

É reconhecida a tendência dos serviços de saúde em se distribuírem diferencialmente, reproduzindo e reforçando, na saúde, as desigualdades sociais inerentes à dinâmica das sociedades capitalistas. Entretanto, na medida em que os serviços de saúde e suas unidades básicas assumirem a incumbência das ações relativas a populações social e territorialmente definidas, a lógica concentradora do sistema tenderia a alterar-se e reverter.

## MORTALIDADE E ÁREAS DE COBERTURA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: O PROJETO DE CAMPINAS

Uma proposta dentro da perspectiva de análise das condições de saúde segundo áreas de cobertura das unidades básicas dos serviços de saúde está sendo desenvolvida no município de Campinas (SP). Acreditando que possa trazer alguns pontos para reflexão sobre a temática em pauta, utilizo alguns dados deste estudo como ilustração das desigualdades apreensíveis no nível intra-urbano e suas possíveis implicações para os serviços de saúde e superação das iniqüidades.

Campinas é um dos municípios de maior desenvolvimento econômico-industrial do estado de São Paulo, com população de 846.238 habitantes contados no Censo Demográfico de 1991. Apresentou intenso aumento populacional, principalmente migratório, nas décadas de 60 e 70, com taxas de crescimento da ordem de 5,86% ao ano, no período de 1970 a 1980. Esta taxa caiu a 2,22% na década de 80, período em que a população de favelados cresceu mais que a população em geral (Prefeitura Municipal de Campinas, 1995). Os problemas existentes no município são semelhantes aos encontrados em outras grandes cidades do Brasil.

Em 1989, implantou-se um banco de dados de óbitos na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas – em projeto conjunto com o Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP – com o objetivo de gerar e tornar rapidamente disponíveis informações desagregadas para as áreas do município, sob a perspectiva de subsidiar os setores de planejamento e gestão nos diversos níveis do sistema municipal de saúde (Barros et al., 1990), semelhante ao que foi proposto em outras localidades (Escrivão & Lira, 1990). O espaço urbano da ci-

dade foi subdividido segundo as áreas de cobertura das unidades básicas de saúde. A definição dos limites das áreas implicou intensa discussão com as equipes das unidades de saúde e estão ajustados atualmente a limites dos setores censitários do IBGE.

Na Figura 2 tem-se a apresentação das áreas de cobertura das unidades básicas e a delimitação espacial de quatro conglomerados, definidos segundo o nível dos indicadores de saúde das populações moradoras. A análise de indicadores segundo os conglomerados tem o objetivo de ilustrar, de forma sintética, os níveis de diferenciação intra-urbana passíveis de apreensão com a delimitação de apenas quatro conjuntos de áreas de cobertura 'relativamente' homogêneas.

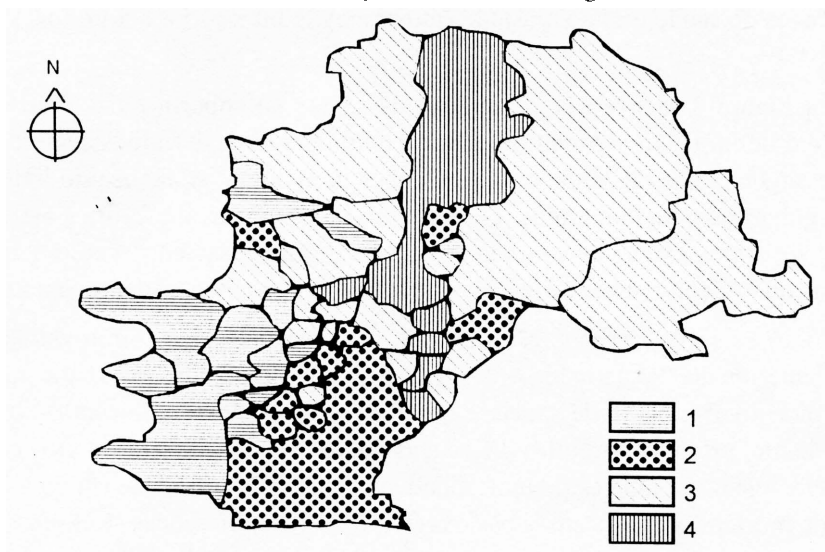
Como exemplo, a proporção de mães de recém-nascidos com nível colegial ou superior de escolaridade é de 12,2% no conglomerado oeste, que apresenta o pior nível social e de saúde; e de 49,6% no conglomerado centro-norte, que é o de melhor nível.[1] Amplas diferenças podem ser observadas entre os conglomerados quanto a índices de mortalidade proporcional por idade (Figura 3) e a taxas de mortalidade por causas básicas (Figura 4). As diferenças se expressam não só nas doenças infecto-parasitárias e em violências, mas também nas doenças crônicas. Entre as neoplasias, a mortalidade proporcional por câncer de colo de útero revela-se maior no conglomerado oeste e menor no centro-norte, com gradiente oposto ao da proporção de mortes por câncer de mama (Figura 5).

Não obstante, o interesse maior do projeto é poder analisar os indicadores por área de cobertura das Unidades Básicas dos Serviços de Saúde (UBSS). Estas apresentam diferenciações mais extremas que as observadas entre conglomerados. Na Figura 6 observa-se que a proporção de óbitos pós-neonatais varia entre 12 e mais de 60% nas diversas áreas de cobertura, o que aponta para necessidades específicas de ações de saúde em diferentes áreas.

As informações sobre as mortes ocorridas são repassadas mensalmente para as equipes das unidades de saúde, de modo que possam ser desenvolvidas monitorização e ações de vigilância de óbitos precoces ou evitáveis. Boletins trimestrais têm sido publicados em atividade conjunta Universidade/Secretaria de Saúde, bem como divulgados para as unidades de saúde, para todos os médicos da cidade e para os meios de comunicação (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/LAPE, 1994), o que tem estimulado a discussão e mobilização em torno de questões da saúde.

---

[1] Dados obtidos do SINASC de 1994, trabalhados por área de cobertura das UBSs pela SMS de Campinas.

**FIGURA 2 – Divisão do município de Campinas segundo áreas de cobertura dos serviços de saúde e conglomerados**

CONGLOMERADO 1
Jd. Sta. Mônica
Pq. Universitário
Jd. Sta. Lúcia
Jd. Vista Alegre
Pq. Valença
31 de Março
Jd. Florence
DIC I
Jd. Ipausurama
Jd. São Marcos
Pq. Floresta

CONGLOMERADO 2
Vila Rica
V. Orozimbo Maia
Pq. São Quirino
Jd. Aeroporto
Tancredão
Jd. São José
Jd. Capivari
DIC III
V. Pe. Anchieta
Itatinga

CONGLOMERADO 3
Jd. Conceição
V. Costa e Silva
V. Perseu
Integração
Jd. Esmeraldina
Pq. Figueira
V. Boa Vista
S. Vicente
Jd. Eulina
CS I
Barão Geraldo
Sousas
Joaquim Egídio
Sta. Bárbara

CONGLOMERADO 4
Jd. Aurélio
Jd. Sta. Odila
Taquaral
Jd. Campos Elíseos
Centro
V. Ipê
Jd. Paranapanema

Fonte: LAPE/DMPS/UNICAMP.
SMS – Banco de dados de óbitos de Campinas.

**FIGURA 3 – Mortalidade proporcional por grupos etários segundo conglomerado de residência. Campinas – 1990-1994**

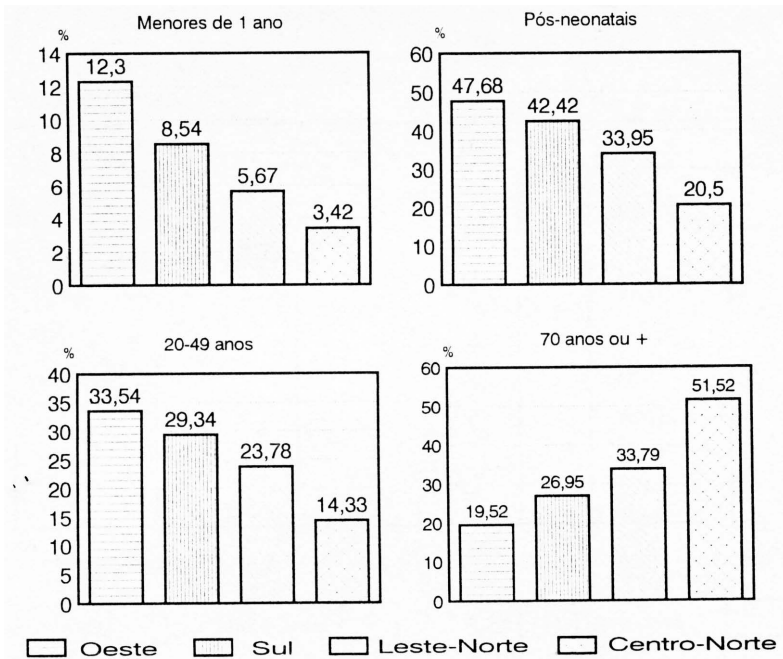



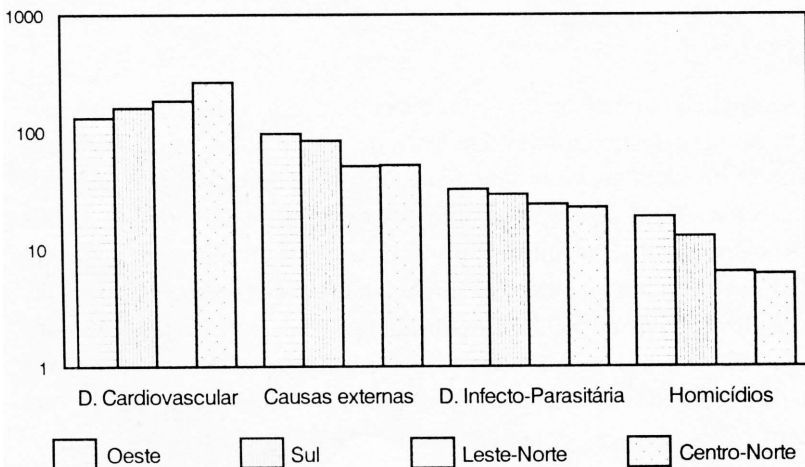
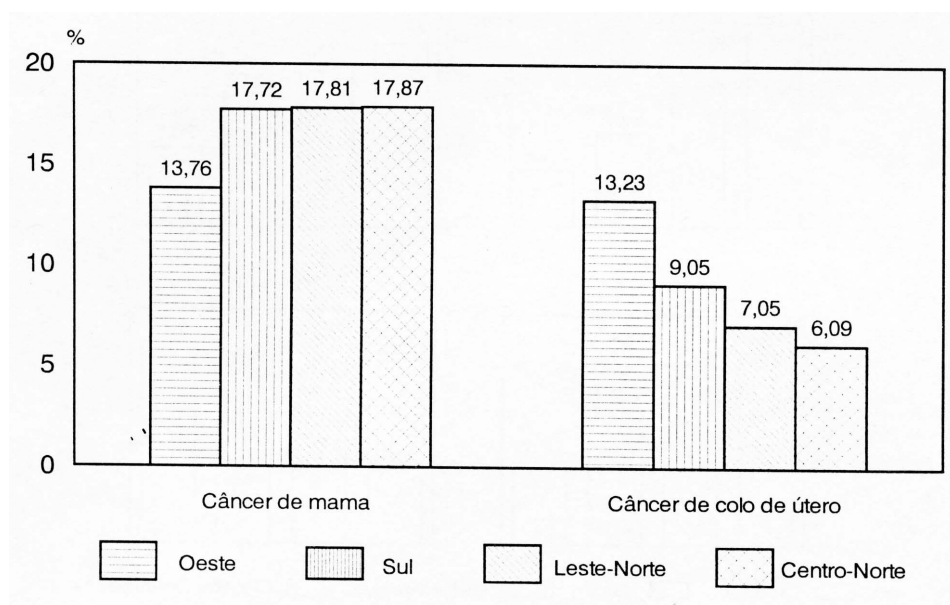
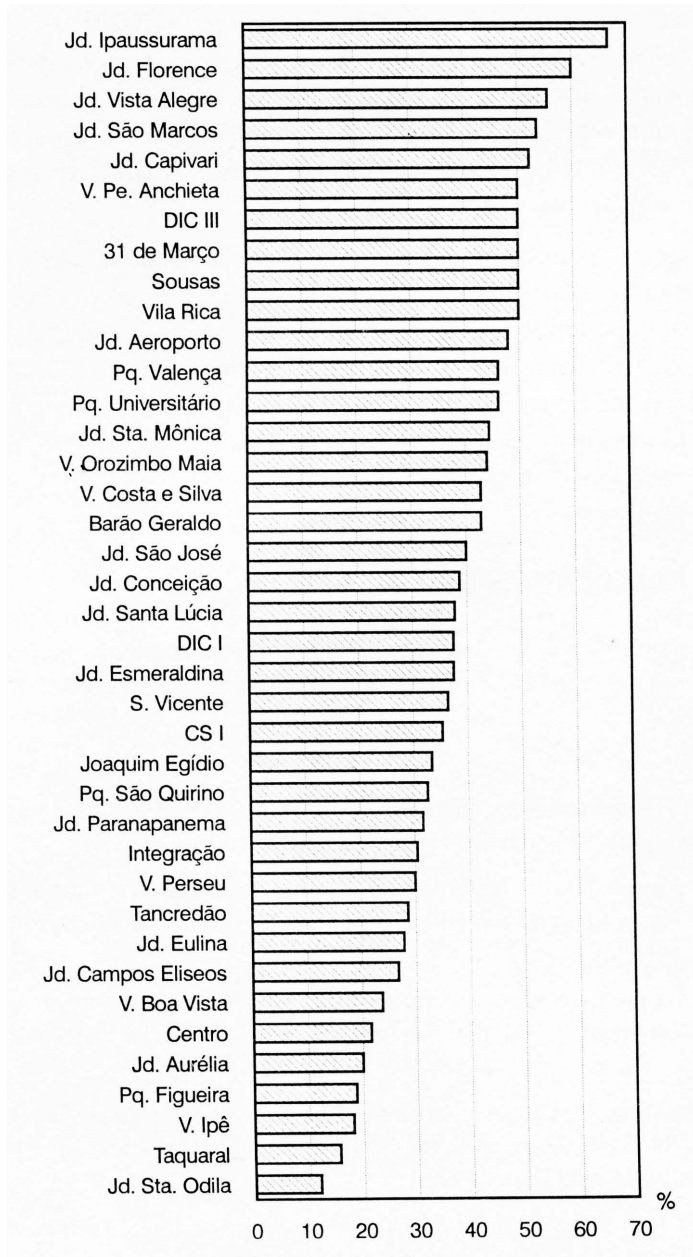
**FIGURA 4 – Coeficientes de mortalidade por grupos de causas segundo o conglomerado. Campinas – 1990-1994**

Fonte: Banco de dados de óbitos de Campinas.
Fundação SEADE.

**FIGURA 5 – Proporção de mortes por câncer de colo de útero* e de mama, segundo e conglomerado de residência. Campinas – 1990**

* Em relação ao total de óbitos femininos por câncer. Inclui códigos 179 e 180 (CID 9ª revisão).
Fonte: Banco de dados de óbitos de Campinas.

Dada a segregação social que orienta a ocupação do espaço urbano, podem-se verificar amplas desigualdades sociais e de saúde entre as áreas de cobertura e identificar problemáticas de saúde que se configuram com certa especificidade em cada área. Além de mensurar e monitorizar as desigualdades sociais na saúde, o sistema permite gerar muitas informações úteis para nortear ações do poder municipal em diferentes setores e, ainda, intervenções específicas pelas equipes das unidades básicas de saúde. Possibilita também, pela divulgação para os moradores da cidade e a discussão dos dados, a ampliação do conhecimento das profundas desigualdades existentes e dos graves problemas de saúde que ainda prevalecem.

**FIGURA 6 – Proporção de óbitos pós-neonatais segundo área de cobertura dos serviços de saúde. Campinas – 1990-1994**

Fonte: Banco de dados de óbitos de Campinas.

## CONCLUSÃO

Concluindo estas considerações e, apesar da ênfase dedicada à apresentação de uma experiência em particular, penso que o conjunto das atividades e pesquisas epidemiológicas tende de forma mais ou menos direta, mais ou menos dirigida, a contribuir para a detecção e mensuração das diferenças na ocorrência de eventos de saúde, na identificação de exposições prejudiciais à saúde e, conseqüentemente, em sentido amplo, à superação das iniqüidades sociais expressas no campo da saúde.

Na temática específica das desigualdades sociais em saúde falta, entretanto, um desenvolvimento maior da disciplina que vem estreitando seu campo de investigação com o enfoque etiológico preponderante. O espaço de trabalho da Epidemiologia junto aos serviços de saúde, por sua vez, abre novas possibilidades para a intervenção e análise epidemiológicas no sentido da abordagem e enfrentamento das persistentes iniqüidades prevalentes na saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. O problema do objeto do conhecimento na epidemiologia. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990. p. 203-220.

AYRES, J. R. *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

BARATA, R. C. B. Epidemiologia: teoria e método. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, Campinas. *Anais*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1990. p. 216-223.

BARRETO, M. L. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990. p. 19-38.

BARROS, M. B. A. *Saúde e Classe Social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos*. Tese de doutoramento, 1983. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

BARROS, M. B. A. & ARAÚJO, M. Espacialização dos óbitos de menores de um ano no município de Campinas. In: SMS-SP- SEMINÁRIO "USOS DAS INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE EM NÍVEL MUNICIPAL". São Paulo, 1992.

BARROS, M. B. A. et al. *Mortalidade e Rede Básica de Serviços de Saúde : a implantação de um banco de dados de óbitos*. In: I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Oficina de Trabalho, Campinas, 1990. (Mimeo.)

BOBBIO, N. *Direita e Esquerda: razões e significados de uma distinção política.* São Paulo: Ed. Unesp, 1995.

BRASIL. Relatório Nacional Brasileiro: Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social, Copenhague, 1995. Brasília, 1995. 73 p.

BREILH, J. La epidemiología crítica latinoamericana. In: NUNES, E. D. & FRANCO, S. (Ed.) *Debates en Medicina Social.* Washington: OPS, 1992.

BREILH, J. *Epidemiologia: Economia, Política e Saúde.* São Paulo: Ed. Unesp/Hucitec, 1991.

BREILH, J. et al. *Ciudad y Muerte Infantil.* Ecuador: Ceas, 1983.

BREILH, J. et al. *Deterioro de la Vida: un instrumento para análises de prioridades regionales en lo social y la salud.* Quito: Corporación Editora Nacional/Ceas, 1990.

BRONFMAN, M. & TUIRÁN, R. A. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuadernos Medico Sociales*, 29-30:53-75, 1984.

CASTELLANOS, P. L. *Sistemas nacionales de vigilância de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar.* OPS/OMS, 1991. (Mimeo.)

ESCRIVÃO, A. & LIRA, M. M. T. A. Pro-aim : Programa de aprimoramento das informações de mortalidade no município de São Paulo. *Saúde em Debate*, 30:72-75, 1990.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

GOLDBERG, M. Esse obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto.* São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990.

HENNEKENS, C. H. & BURING, J. E. *Epidemiology in Medicine.* Boston/Toronto: Little, Brown & Co., 1987.

JONES, I. G. & CAMERON, D. Social class analysis: an embarrasment to epidemiology. Community Medicine, 6(1):37-41, 1984.

KADT, E. & TASCA, R. *Promovendo a Eqüidade: um novo enfoque com base no setor da Saúde.* São Paulo: Hucitec/Coop. Italiana em Saúde, 1993.

KELSEY, J. L.; THOMPSON, W. D. & EVANS, A. S. *Methods in Observational Epidemiology.* New York: Oxford University Press, 1986.

KLEIBAUM, D. G. KUPPER, L. L. & MORGENSTERN, H. *Epidemiologic Research: principles and quantitative methods.* New York: Van Nostrand Reinhold Co., 1982.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário.* São Paulo: Hucitec, 1989.

LESER, W. Crescimento da população e nível de vida na cidade de São Paulo. *Problemas Brasileiros*, 12(134):16-29, 1974.

LIBERATOS, P.; LINK, B. G. & KELSEY, J. L. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 10:87-121, 1988.

LILIENFELD, D. E. & STOLLEY, P. D. *Foundations of Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1994.

LOMBARDI, C. et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 22:253-265, 1988.

MACMAHON, B. & PUGH, T. F. *Epidemiology – principles and methods*. Boston: Little Brown & Co., 1970.

MENDES, E. V. (Org.) *A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário*. Brasília: OPS/OMS, 1993.

MIETTINEN, O. S. *Theoretical Epidemiology: principles of occurrence research in Medicine*. New York: John Wiley & Sons, 1985.

NUNES, E. & BARROS, M. B. A. *Mortalidade e classe social: um estudo no município de Campinas*. Relatório Final – Finep, 1991. (Mimeo.)

NUÑEZ, N. Perfiles de mortalidad según condiciones de vida en Venezuela. In: COSTA, M. F. L. & SOUZA, R. P. (Org.) *Qualidade de Vida: compromisso da epidemiologia. Belo Horizonte:* Coopmed/Abrasco, 1994. p.219-223.

PAIM, J. et al. Spatial distribution of infant mortality and certain socioeconomic variables in Salvador, BA, Brasil. *Bulletin Paho*, 21(3):225-239, 1987.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. *Saúde – Município de Campinas, Sumário de Dados*, 3, 1995.

ROTHMAN, K.J. *Modern Epidemiology*. Boston: Little Brown & Co., 1986.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS/LAPE. Mortalidade em Campinas – Informe trimestral do projeto de monitorização dos óbitos no município de Campinas, 13. Campinas, 1994.

SILVA, L. J. Organização do espaço e doença. *Textos de Apoio. Epidemiologia*, Rio de Janeiro, PEC/Ensp-Abrasco, 1985.

TOWNSEND, P. & DAVIDSON, N. (Ed.) *Inequalities in Health: the black report: the health divide*. London: Penguin Books, 1992.

VICTORA, C. G. et al. Pobreza e saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1990, Campinas. *Anais*. Rio de Janeiro: Abrasco, 431p. p. 302-315.

WOOD, C.H. & CARVALHO, J. A. M. *Demografia da Desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 1994.

YUNES, J. Características sócio-econômicas da mortalidade infantil em São Paulo. *Pediatria*, 5:162-168, 1983.

9

# DIFERENCIAIS INTRA-URBANOS EM SÃO PAULO: ESTUDO DE CASO DE MACROLOCALIZAÇÃO DE PROBLEMAS COMO ESTRATÉGIA PARA INFLUENCIAR POLÍTICAS URBANAS*

*Marco Akerman*

## INTRODUÇÃO

O presente artigo deriva de um estudo internacional realizado por Stephens et al. (1994), o qual demonstrou importantes diferenciais sócio-ambientais entre grupos humanos que vivem em cidades de países em desenvolvimento.

Este estudo foi financiado pelo Departamento de Meio Ambiente e Política do Desenvolvimento Administrativo Ultramarino do Reino Unido, com apoio acadêmico do Programa de Saúde Urbana na Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres. O estudo de campo efetuado em Accra, no ano de 1992, teve o Ministério da Saúde como seu principal colaborador; em São Paulo, a Fundação SEADE cooperou com a pesquisa, desenvolvida em 1993. Os trabalhos de campo foram suplementados por pesquisa teórica acerca de diferenciais no meio-am-

* Tradução: *Fernando Ribeiro Gonçalves Brame*

biente urbano e indicadores selecionados da saúde infantil, usando análises secundárias de dados, coletados pela Fase I do Programa de Investigação Demográfica e de Saúde (DHS), em populações urbanas de quatro países: Brasil, Gana, Egito e Tailândia (Stephens et al., 1994).

O objetivo principal dos estudos de campo foi o de documentar diferenciais na mortalidade urbana – desagregada por idade, gênero e área geográfica para algumas doenças transmissíveis, crônicas e psicossociais – em duas cidades com diferentes estágios de desenvolvimento. O estudo de campo em São Paulo é relatado neste trabalho. Na tentativa de não fazer uma mera descrição dos resultados referentes a São Paulo, este artigo destaca, além dos métodos relevantes utilizados, as estratégias de disseminação adotadas e eventos importantes que ocorreram depois da sua conclusão.[1]

Portanto, o processo de pesquisa é aqui mais enfatizado do que os resultados finais, caracterizados por diferenciais sócio-ambientais entre áreas e as taxas e riscos nas diferentes faixas etárias – por áreas. Importa mencionar que não subestimamos os achados estatísticos deste trabalho, mas decidimos que o caminho trilhado mostrou-se mais relevante no sentido de influenciar políticas, um dos objetivos da pesquisa.

Discutimos as quatro principais características do processo de pesquisa – utilização dos dados disponíveis; agenda do período anual de pesquisa; envolvimento direto de elementos locais atuantes no âmbito do planejamento urbano e de saúde; e estratégias de disseminação – a fim de mostrar como obtivemos visibilidade para o estudo, fazendo alianças com planejadores e estudiosos urbanos e ganhando credibilidade para o grupo de pesquisa. Visibilidade, aliança e credibilidade são, por conseguinte, consideradas como ingredientes essenciais da pesquisa, no sentido de influenciar a formulação de políticas.

Acreditamos que estes três elementos podem ser obtidos através da macrolocalização dos problemas,[2] como estratégia de pesquisa capaz de focalizar os eventos, em dado ano, que abarcam a totalidade dos habitantes das cidades. Como a macrolocalização dos problemas nos fornece subsídios para uma pano-

---

1 Apresentamos, ao final deste texto, um sumário dos resultados (Cf. Diferenciais Intra-urbanos em São Paulo).

2 Entendemos macrolocalização dos problemas como o processo de identificar características geográficas – condições sócio-econômicas e de saúde, por exemplo – em uma subdivisão preexistente de cidades, por regiões, distritos ou áreas homogêneas. Em nosso estudo, em São Paulo, coletamos variáveis em 56 distritos e os agrupamos em quatro áreas homogêneas, com o propósito de descrever diferenciais de mortalidade por faixa etária e causas específicas.

râmica de toda a cidade, pode favorecer igualmente o envolvimento das secretarias mais proeminentes das cidades e criar interesse público relativo à facilitação das estratégias de disseminação da pesquisa para platéia tão ampla quanto possível.

O Quadro 1 exibe as quatro principais características do assim denominado processo e resultados de pesquisa.

**Quadro 1: Principais características do processo de pesquisa e resultados de pesquisa**

| PROCESSO DE PESQUISA | RESULTADOS DE PESQUISA |
|---|---|
| • utilização dos dados existentes | • diferenciais sócio-ambientais entre áreas |
| • agenda do período anual de pesquisa | • % da população distribuída por quatro áreas sócio-ambientais |
| • envolvimento direto de planejadores locais urbanos e de saúde | • diferenciais de mortalidade entre áreas por causa e idade |
| • estratégias de disseminação | • excesso de mortalidade entre áreas por causa e idade |

## PROCESSO DE PESQUISA: EVENTOS RELEVANTES E MÉTODOS, ESTRATÉGIAS DE DISSEMINAÇÃO

Dois princípios interdependentes guiaram toda a pesquisa: utilizar bancos de dados já existentes na cidade e compatibilizar a pesquisa com a agenda proposta para um ano de trabalho. Estes constituíram princípios vitais, na medida em que queríamos elaborar um método fácil, rápido e barato a ser reproduzido por planejadores urbanos em outros países em desenvolvimento. Fomos inflexíveis quanto a tais princípios; no entanto, em muitas instâncias, precisamos limitar-nos à espera de 'melhores dados' a serem liberados em 'poucas semanas'. Para que mantivéssemos a agenda, foi importante darmos mais credibilidade à equipe de pesquisa no trato com representantes governamentais na cidade. E somos publicamente gratos ao nosso principal colaborador em São Paulo por cumprir com os prazos finais propostos.

Planejadores e teóricos urbanos de treze instituições da cidade foram convidados a participar da pesquisa em suas fases iniciais. Como poderiam ser re-

ceptores em potencial de um método para localizar, com precisão, 'áreas de privação' dentro da urbe, solicitamos-lhes que selecionassem as variáveis sócio-econômicas disponíveis, consideradas por eles como adequadas para representar suas concepções acerca daquelas áreas. Uma versão modificada da técnica de Delphi foi utilizada e cinco variáveis foram selecionadas pelos planejadores de modo a formar um índice consensual de 'área de privação'. Chegamos a uma conclusão, utilizando os dados existentes, e transmitimos aos planejadores que os dados por eles produzidos poderiam ser utilizados de modo proveitoso. Esta estratégia foi elemento fundamental para construirmos alianças.

O índice 'área de privação' também favoreceu o diálogo entre diferentes secretarias públicas da cidade ao longo de todo o processo de pesquisa, já que ajudou os planejadores a exercitar uma visão multifacetada da cidade e a ver a necessidade de colaboração intersetorial entre as várias secretarias municipais.

A interação inicial entre a equipe de pesquisa e nossos colaboradores criou um diálogo bastante produtivo entre a pesquisa e os usuários em potencial dos seus resultados finais. Quatro propostas de pesquisa foram escritas com base nas quatro áreas homogêneas definidas em São Paulo por Stephens et al. (1994). Duas foram produzidas através de colaboração acadêmica e outras duas, em secretarias municipais, versando sobre os seguintes assuntos: diferenciais de mortalidade por hepatite; estratégias de vida nas diferentes áreas; alocação de recursos para água e saneamento; e diferenciais de delinqüência juvenil entre as áreas.

A equipe de pesquisa ainda está procurando novos vínculos. Como a violência tornou-se o maior problema para os jovens, estabelecemos contatos mais estreitos e visando a trabalhos futuros com o excelente Centro de Estudos sobre a Violência da Universidade de São Paulo. Seus integrantes viram nosso estudo sobre os diferenciais intra-urbanos em São Paulo como boa oportunidade de estender sua ação, já que, até o momento, têm-se concentrado em ações contra a violência exclusivamente a partir do ponto de vista de segurança pública.

Nossa estratégia de disseminação foi outro fator que contribuiu para a visibilidade do estudo em São Paulo. Através da secretaria de imprensa de nossa principal colaboradora, a Fundação SEADE, travamos contatos com várias estações de rádio e jornais, relatando a pesquisa feita em São Paulo e seus principais objetivos. Quando concluímos a análise, um jornal de circulação nacional publicou longa e expressiva reportagem a respeito dos resultados finais. Esta publicação serviu como gatilho de uma cobertura abrangente efetuada em torno do estudo por meio de redes nacionais de televisão e de outros jornais.

Produzimos um álbum tanto com imagens – retratando os diferenciais entre as áreas carentes em água, saneamento e habitação –, quanto com recortes de jornais – relatando problemas sócio-ambientais da cidade. Em nossos contatos com a mídia, esta coleção foi proveitosa, uma vez que os profissionais puderam facilmente compreender nossos objetivos através dos recursos visuais. Mapas e gráficos utilizados em nosso estudo constituíram instrumentos bastante poderosos na comunicação de achados ao público, após terem sido reproduzidos mediante as reportagens.

Poder-se-ia argumentar que a exposição de natureza pública das desigualdades no ambiente urbano para platéia tão ampla, fora do domínio acadêmico, teria a possibilidade de configurar risco e que isto reprimiria as oportunidades de financiamento por parte das organizações governamentais de futuras pesquisas sobre o tema. Vemos essa questão como um aviso para grupos de pesquisa que investigam as desigualdades, acreditando que se deva ter cautela ao veicular resultados científicos para o público. Entretanto, caso o objetivo da pesquisa seja influenciar políticas, não há justificativa para limitar a veiculação dos resultados ao âmbito acadêmico.

Eventualmente fomos recompensados por adotarmos esta estratégia de disseminação para grande audiência. Informada de nosso estudo, uma parlamentar convidou-nos a apresentá-lo na Câmara Municipal de São Paulo. Ela decidiu aproveitar a oportunidade de nossa pesquisa para iniciar um processo político acerca da promulgação de lei municipal que exigisse da autoridade municipal a divulgação de dados a respeito da qualidade de vida em diferentes áreas de habitação para os respectivos habitantes.

Depois da nossa apresentação na Câmara Municipal recebemos um fax da parlamentar, no qual reassegurava que nossos objetivos de influenciar as políticas governamentais em São Paulo não haviam sido em vão. Suas palavras foram:

> *Foi essencial ter acesso aos dados e informações sobre a cidade no sentido de construir uma sociedade justa. Seu estudo formulou este tema de uma maneira bastante clara. Gostaria de solicitar a seus colaboradores que nos ajudassem a elaborar um projeto de lei que obrigue a Autoridade Municipal a divulgar dados referentes à qualidade de vida de uma maneira sistemática.*

## OBSERVAÇÕES FINAIS

A pesquisa intra-urbana em São Paulo não pretendia ser mero exercício acadêmico. Era necessário ir além dos muros dos centros de pesquisa a fim de traduzir os achados da investigação para a sociedade. Mentes, corações e almas tiveram de ser atraídas. A fim de alcançarmos nossos objetivos, mantivemos a investigação visível a uma platéia tão ampla quanto possível em São Paulo. Um diálogo contínuo com os planejadores urbanos e acadêmicos, ao longo do processo de pesquisa, e a importante cobertura da mídia local e nacional foram os principais fatores que criaram oportunidades para que cruzássemos as fronteiras tradicionais das pesquisas. Isso culminou em articulações com a Câmara Municipal e com a possibilidade de se promulgar uma lei que obrigue o prefeito a publicar os dados sobre a qualidade de vida das áreas residenciais.

No entanto, o que deve ser enfatizado, mesmo que lei desta natureza venha a ser promulgada, é a importância de aumentar o diálogo entre as instituições governamentais do município. Apenas por meio da ação concertada entre secretarias municipais com papel relevante nessa temática será possível enfrentar a complexa questão das desigualdades urbanas. A macrolocalização dos problemas pode contribuir para este tipo de ação, uma vez que favorece o envolvimento da maioria das secretarias municipais.

# DIFERENCIAIS INTRA-URBANOS EM SÃO PAULO (SUMÁRIO DOS RESULTADOS)

Na cidade de São Paulo, em 1992, apenas 4% de todos os registros de mortes foram devidos a doenças infecciosas e parasitárias, enquanto 33% foram secundárias a doenças do sistema circulatório, 12% a problemas respiratórios e 14% a causas externas. Outros grupos de causas responsabilizaram-se por 37% de todos os registros de mortes (Fundação SEADE, 1992 – arquivos internos).

O limite geográfico do estudo é a periferia das fronteiras do município de São Paulo, como definido em 1992. Adotamos a menor desagregação da cidade de São Paulo: dados referentes ao meio-ambiente, à população e à mortalidade foram compilados por 56 distritos e subdistritos, que constituem as bases tradicionais do censo geográfico e do registro vital. Quatro áreas sócio-ambientais foram definidas, utilizando método desenvolvido pelas Nações Unidas (1992), onde o Índice de Desenvolvimento Humano (HDI) é calculado com base na média dos valores[3] relativos a cada variável.[4]

A 'Pesquisa Origem-Destino', conduzida em 1987 pelas autoridades de transporte subterrâneo, e ajustada para 1990 (SEMPLA, 1992), forneceu dados desagregados de renda e educação para cada distrito e subdistrito da capital. Esta pesquisa resultou de levantamento feito em 26 mil casas e utilizou as projeções populacionais elaboradas pela Fundação SEADE. Os indicadores de consumo de água e de disponibilidade da rede de esgoto foram obtidos na SABESP, após a compatibilização entre 310 'setores imobiliários' e 56 distritos e subdistritos da cidade de São Paulo. O censo populacional de 1991 contribuiu com o indicador 'número de pessoas por residência'. Os valores do índice para todas as áreas foram ordenados de modo a constituir quatro áreas ou quartis, com igual número de distritos e subdistritos em cada uma delas.

A construção das áreas (zonas) sócio-ambientais para a cidade de São Paulo mostrou que aproximadamente 44% da população vivem em áreas com a pior renda *per capita*, com pouco acesso à rede de esgoto, baixo consumo *per*

---

[3] Estes valores situam-se entre zero e um, em que 'zero' indica maior privação e 'um', menor privação.

[4] As variáveis utilizadas para compor nosso índice foram: média *per capita* da renda; percentagem de analfabetismo; percentagem das casas ligadas à rede de esgoto central; média *per capita* do consumo de água; e número de pessoas por habitação.

*capita* de água, as mais altas densidades populacionais e os piores níveis de educação. Os dados de saúde puderam demonstrar que as pessoas que vivem nestas áreas apresentam padrão de mortalidade mais desfavorável do que os que vivem em áreas com melhores condições sócio-econômicas.

Os resultados reforçam as conhecidas diferenças e desigualdades entre as áreas dos bairros centrais, intermediárias e periféricas da cidade de São Paulo. Indicam igualmente o nível de precariedade dos setores sócio-econômicos mais desfavorecidos da população que vive na periferia. Os impactos por eles experimentados estão vinculados principalmente às condições de acesso/não-acesso a serviços públicos e aos riscos ambientais adicionais para aqueles que habitam áreas precariamente urbanizadas.

Sugerem, também, esses resultados que o desenvolvimento econômico de São Paulo não tem sido capaz de prover benefícios para considerável proporção de seus cidadãos: 59% dos habitantes de São Paulo (5 milhões e 600 mil pessoas) vivem em habitações precárias (Jacobi, 1990) e, ainda hoje, aproximadamente 16% destes habitantes (1 milhão e 536 mil pessoas) não dispõem de nenhum acesso à rede de saneamento (SABESP, 1993. Arquivos internos). Em uma cidade que supostamente precisa de força de trabalho braçal habilitada à manutenção de produção industrial de boa qualidade e eficiente exército de funcionários administrativos, existem, ainda hoje, 33% (3 milhões e 168 mil) de analfabetos e pessoas com escolaridade primária incompleta (SEMPLA, 1992). Embora a maioria das casas tenha acesso a água, há grande variação no consumo *per capita* entre as áreas, sendo este mais elevado em áreas com melhores condições sócio-econômicas.

Olhando para os diferenciais de saúde de São Paulo, nas diferentes faixas etárias, vê-se que há muito a ser feito com relação à faixa entre zero e quatro anos, prevenindo mortes causadas por diarréia e pneumonia. Em especial, as doenças respiratórias e infecciosas constituem importante grupo de causas de morte para os menores de quatro anos. Os diferenciais entre as áreas são impressionantes. Os índices de mortalidade secundários a problemas respiratórios e infecciosos na zona 1 são, respectivamente, 3,8 e 4,4 vezes maiores do que na zona 4. A diarréia representa 48% das mortes por doenças infecciosas e a pneumonia representa o grosso das mortes por causas respiratórias, correspondendo a 8,7% de todas as mortes. No entanto, estas causas representam apenas 2,6% de todas as mortes em São Paulo em 1992. Estes dados são suficientes para provar que a 'cidade bem-sucedida' não tem sido capaz de subjugar mortes previsíveis nesses segmentos populacionais vulneráveis.

Os homicídios apresentam excesso de mortalidade relevante entre, as diferentes áreas, para indivíduos entre 15 e 44 anos de idade, o que contrasta com excessos de pequena monta quanto aos acidentes de trânsito. Deparamo-nos com sinais de que há uma 'epidemia de violência', que afeta mais gravemente os pobres em São Paulo. Em 1992, houve 3.759 mortes devido a homicídios. Estes dados representam uma taxa de quatro para dez mil. Se considerarmos apenas os homens, entre 15 e 24 anos de idade, esta taxa sobe para 19,5 para dez mil, pouco abaixo das taxas relativas aos Estados Unidos, que, com 21,9, possuem a maior taxa masculina nesta faixa etária das nações industrializadas (Cohen & Swift, 1993). Tais resultados representam, do nosso ponto de vista, um problema de difícil solução apenas a partir dos recursos tradicionais disponíveis no setor de saúde. Acreditamos que somente a ação coordenada entre as várias instituições municipais, estaduais e nacionais pode tentar equacionar a questão.

O grupo das pessoas entre 45 e 64 anos de idade representa evidência interessante. Mortes prematuras devido a acidentes de trânsito, doenças cérebro-vasculares e hipertensão apresentam excessos importantes entre as diferentes áreas, nessa faixa etária. Comumente se diz que altas taxas de doença do sistema circulatório indicam transição de doenças da pobreza para doenças da riqueza. Os dados de São Paulo revelam padrão distinto, onde as zonas 1 e 2, que possuem as piores condições sócio-ambientais, têm taxas superiores diante das áreas 3 e 4. Não somos capazes de fazer nenhuma inferência relativa aos indivíduos, mas acreditamos que este achado deve ser considerado em pesquisas futuras. Curiosamente, a faixa etária dos maiores de 65 anos de idade não apresenta potencial significativo em face de eventuais mudanças nas diferentes áreas. Isto sugere que os mais idosos morrem segundo taxas semelhantes, sem distinção quanto às áreas em que vivem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COHEN, L. & SWIFT, S. A public health approach to the violence epidemic in the United States. *Environment and Urbanization*, 5(2):50-66, 1993.

JACOBI, P. Habitat and health in the municipality of São Paulo. *Environment and Urbanization*, 2:33-45, 1990.

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO – SEMPLA. *Base de Dados para o Planejamento. São Paulo*, 1992.

STEPHENS, C. et al. *Environment and Health in Developing Countries: an analysis of intra-urban mortality differentials using existing data in Accra (Ghana) and São Paulo (Brazil) and analysis of urban data of our demographic and health surveys*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1994.

UNITED NATIONS. *Human Development Report*. Oxford University Press, 1992.

# PARTE IV

# TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

# 10

# TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E SEUS EFEITOS SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO

*Mário F. Giani Monteiro*

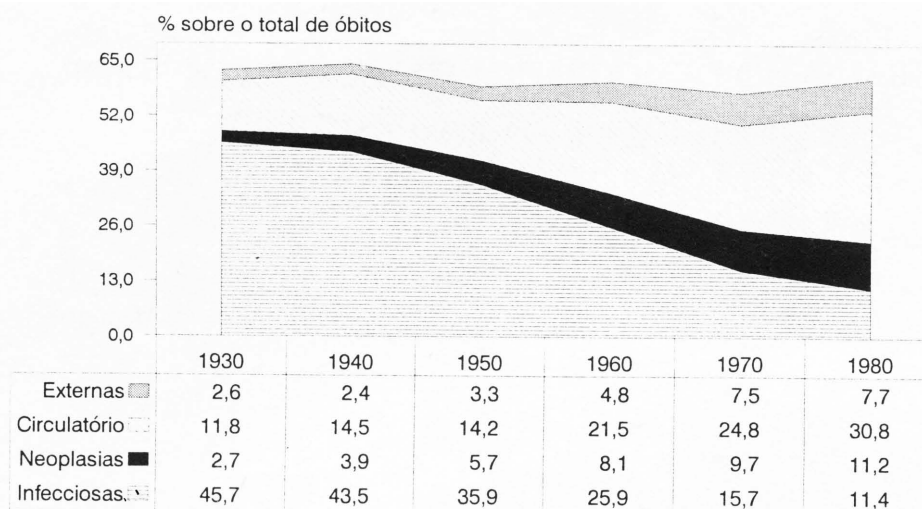
O processo de transição demográfica no Brasil inicia-se com a queda da mortalidade na década de 1940, quando algumas causas de óbito mais facilmente evitáveis – em particular, as do grupo de doenças infecciosas e parasitárias – começam a diminuir de modo acentuado. Vê-se, no Gráfico 1, que este grupo de causas de óbito era responsável, em 1940, por 43,5% da mortalidade nas capitais brasileiras, sendo que este percentual tinha caído, em 1980, para 11,4%.

Observa-se também o excepcional aumento relativo de óbitos por doenças do aparelho circulatório e, além disso, a participação crescente dos óbitos por neoplasias e das causas violentas de mortalidade.

Afora a diminuição das doenças infecciosas e parasitárias que contribui, em conseqüência, para aumentar a participação das outras causas na mortalidade, o acréscimo da proporção de óbitos por doenças crônicas e degenerativas pode ser atribuído também ao envelhecimento da população.

**Gráfico 1 – Estrutura da mortalidade segundo alguns grupos de causas de óbitos. Capitais Brasileiras – 1930-1980**

% sobre o total de óbitos

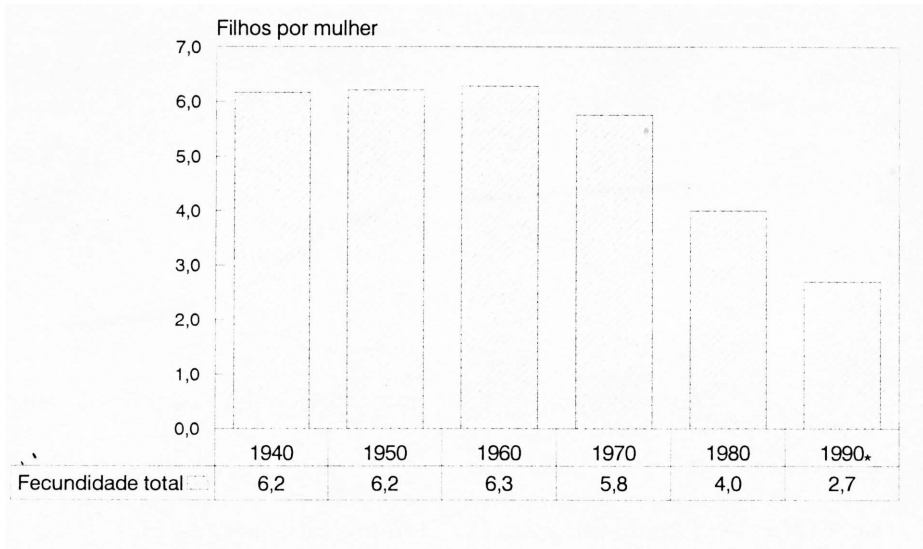
| | 1930 | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Externas | 2,6 | 2,4 | 3,3 | 4,8 | 7,5 | 7,7 |
| Circulatório | 11,8 | 14,5 | 14,2 | 21,5 | 24,8 | 30,8 |
| Neoplasias | 2,7 | 3,9 | 5,7 | 8,1 | 9,7 | 11,2 |
| Infecciosas | 45,7 | 43,5 | 35,9 | 25,9 | 15,7 | 11,4 |

Fonte: Dados coletados pelo Dr. Mário Magalhães, publicados em RADIS/DADOS, nº 7, ago. 1984.

O processo de transição demográfica no Brasil consolida-se, na década de 1960, com o início da queda de fecundidade: em 1960, a taxa de fecundidade total era de 6,3 filhos por mulher; em 1980, era de 4,0; e chega, em 1990, a menos de três filhos por mulher, como mostra o Gráfico 2.

Esta queda tão rápida da fecundidade – que em trinta anos reduziu-se em mais de 50% – foi conseguida pelas mulheres através da utilização de métodos anticoncepcionais, mas também pela 'esterilização' de 17% das mulheres de 15 a 49 anos (IBGE, suplemento sobre anticoncepção da PNAD 1986) – muitas vezes realizada de maneira involuntária, sem o conhecimento da mulher – tal como pela prática do 'abortamento', que, segundo estimativas do Instituto Alan Guttmacher, chega a cerca de 1,5 milhões por ano no Brasil (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

A queda da mortalidade e da fecundidade está intimamente associada com a saúde da população brasileira, tanto por seu efeito sobre a estrutura etária da população, que 'envelhece', favorecendo a ocorrência de doenças crônicas e degenerativas, quanto pelas repercussões que os métodos utilizados para diminuir o número de filhos têm sobre a saúde da população feminina.

**Gráfico 2 – Fecundidade total (filhos/mulher). Brasil – 1940-1990**

| | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecundidade total | 6,2 | 6,2 | 6,3 | 5,8 | 4,0 | 2,7 |

* estimativa
Fonte: IBGE. Anuários Estatísticos do Brasil – 1992-1993.

O Gráfico 3 mostra a aceleração da queda da mortalidade, a partir de 1940, e da natalidade, após 1960. O aumento da diferença entre natalidade e mortalidade, de 1940 a 1960, provocou rápido crescimento populacional.

A partir de 1960, com a queda da natalidade, o ritmo de crescimento diminui e acelera o processo de envelhecimento da população, que é mostrado mais adiante.

As pirâmides populacionais de 1940 e 1991 (Gráfico 4) mostram que houve estreitamento da base: a pirâmide de 1940 (linha fina) tinha uma base larga e o ápice era bem mais estreito que a pirâmide de 1991 (linha grossa com asteriscos).

O aumento da população idosa e a diminuição relativa da população jovem, após 1970, também pode ser vista no Gráfico 5. Em 1991, a população abaixo de vinte anos era menos de 50% e a população com mais de sessenta anos chegava aos 10,7 milhões (Monteiro & Alves, 1995). Este processo, no entanto, ocorre de maneiras diferentes nas Grandes Regiões do Brasil, devido às diferenças regionais das condições sócio-econômicas.

**Gráfico 3 – Taxas de natalidade e mortalidade (nascimentos e óbitos/1.000 habitantes). Brasil – 1900-1990**

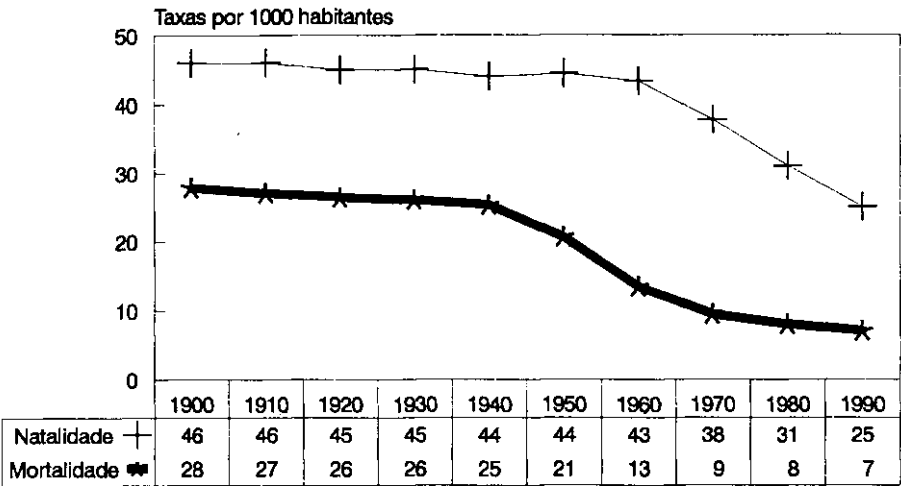
| | 1900 | 1910 | 1920 | 1930 | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Natalidade | 46 | 46 | 45 | 45 | 44 | 44 | 43 | 38 | 31 | 25 |
| Mortalidade | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 21 | 13 | 9 | 8 | 7 |

Fonte: IBGE. Séries Retrospectivas e Anuários Estatísticos do Brasil.

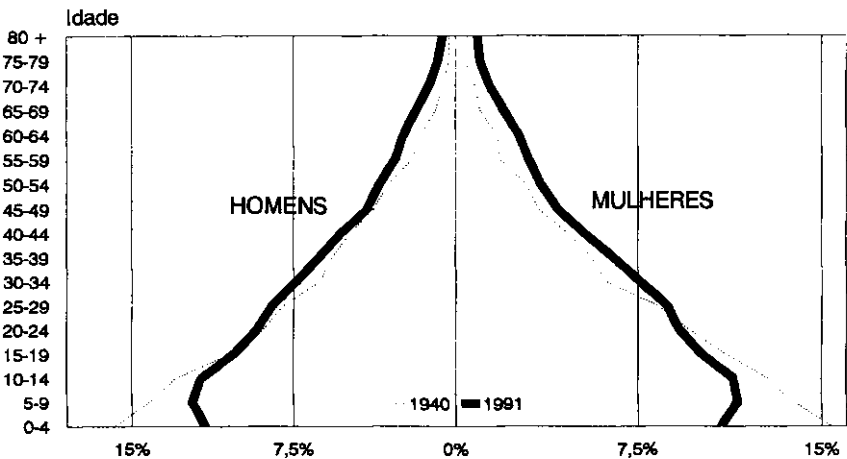
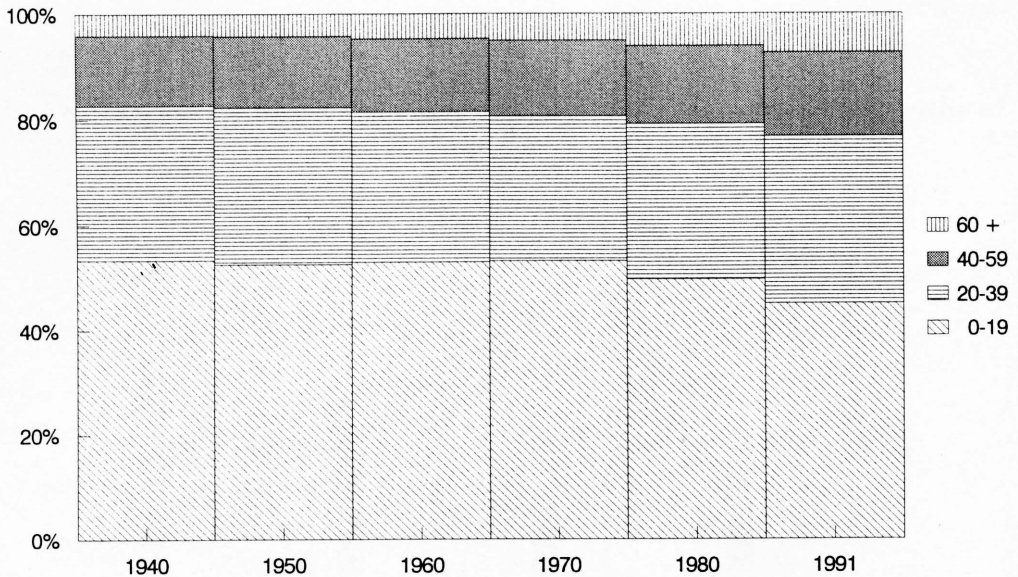
**Gráfico 4 – Pirâmide populacional. Brasil – 1940-1941**

Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 1940 e 1991.

**Gráfico 5 – População segundo quatro grupos de idade. Brasil – Censos de 1940-1991**

Fonte: IBGE. Anuário Estatístico do Brasil – 1993.

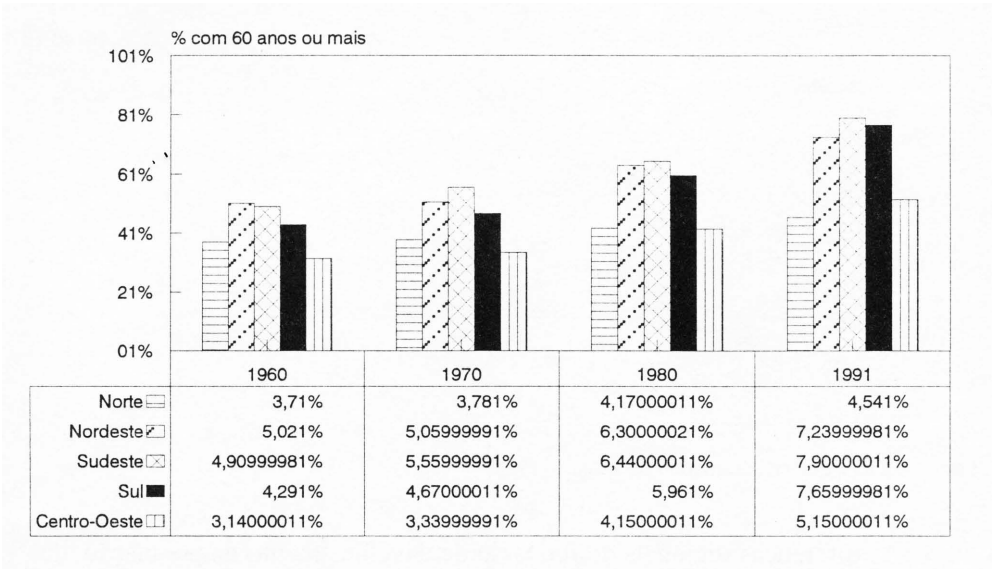
As diferenças regionais do processo de envelhecimento da população, das mudanças na estrutura da mortalidade por grupo etário e por causa de óbito e do comportamento reprodutivo, bem como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde – exemplificadas pela deficiência na atenção pré-natal – serão apresentadas e discutidas a seguir.

## DIFERENÇAS REGIONAIS NO CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA

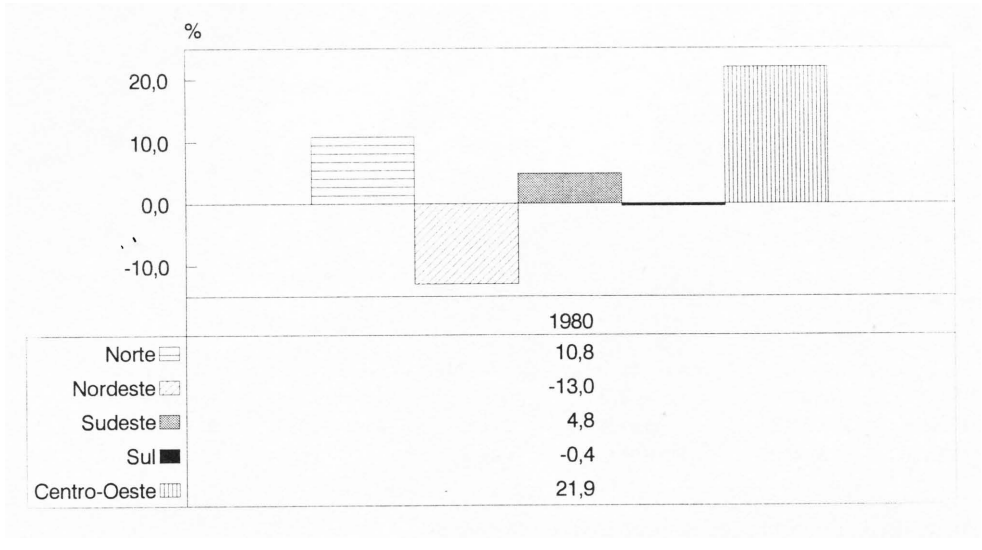
A proporção da população com sessenta anos ou mais cresceu em ritmos diferentes nas grandes regiões do Brasil, aumentando as diferenças regionais

(Gráfico 6), formando nitidamente dois grupos após a década de 1980: as regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentam, por razões diferentes, as maiores proporções de população idosa. No Sudeste e Sul, a redução de fecundidade foi o principal fator, mas no Nordeste a emigração de população em idade reprodutiva também contribuiu significativamente para este envelhecimento (Gráfico 7).

**Gráfico 6 – Proporção da população com sessenta anos ou mais. Grandes regiões – 1960-1991**

| | 1960 | 1970 | 1980 | 1991 |
|---|---|---|---|---|
| Norte | 3,71% | 3,781% | 4,17000011% | 4,541% |
| Nordeste | 5,021% | 5,05999991% | 6,30000021% | 7,23999981% |
| Sudeste | 4,90999981% | 5,55999991% | 6,44000011% | 7,90000011% |
| Sul | 4,291% | 4,67000011% | 5,961% | 7,65999981% |
| Centro-Oeste | 3,14000011% | 3,33999991% | 4,15000011% | 5,15000011% |

Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 1960 a 1991.

Nas regiões Norte e Centro-Oeste, que durante as últimas décadas receberam significativo contingente de adultos jovens –, o crescimento da população idosa não ocorreu com ritmo tão intenso, apresentando proporção menor de idosos em 1991.

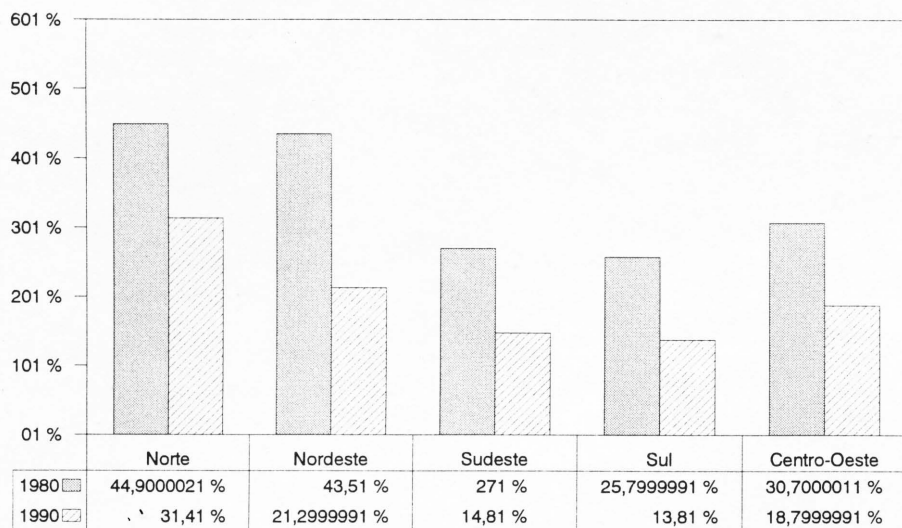
**Gráfico 7 – Taxa de imigração/taxa de emigração (percentagem de imigrantes/percentagem de emigrantes). Grandes regiões – 1980**

Fonte: IBGE. Anuário Estatístico do Brasil – 1987-1988.

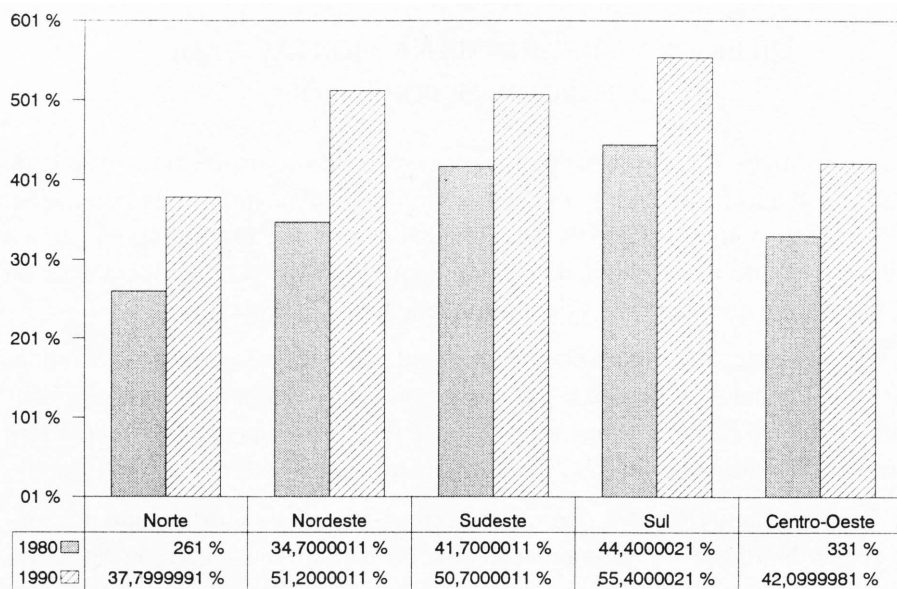
## DIFERENÇAS REGIONAIS NA MORTALIDADE PROPORCIONAL POR IDADE

Os Gráficos 8 e 9 apresentam a proporção de óbitos em dois grupos de idade; o resultado é coerente com o processo de envelhecimento da população: de 1980 a 1991 houve redução da percentagem de óbitos entre o grupo de zero a 19 anos e aumento da mortalidade proporcional do grupo com sessenta anos ou mais, mostrando que a estrutura de mortalidade também 'envelheceu'.

No Nordeste, Sudeste e Sul, onde havia maior proporção de idosos, a mortalidade proporcional do grupo de sessenta anos ou mais é maior que nas outras duas regiões. Na região Norte, com menor proporção de idosos, a percentagem de óbitos de menores de vinte anos, em 1991, continua maior que nas outras regiões.

É interessante observar que o padrão da estrutura de mortalidade por idade na região Nordeste – cuja população envelheceu por causa da redução de fecundidade e da emigração – demonstra também alta proporção de óbitos entre crianças e adolescentes (zero a 19 anos).

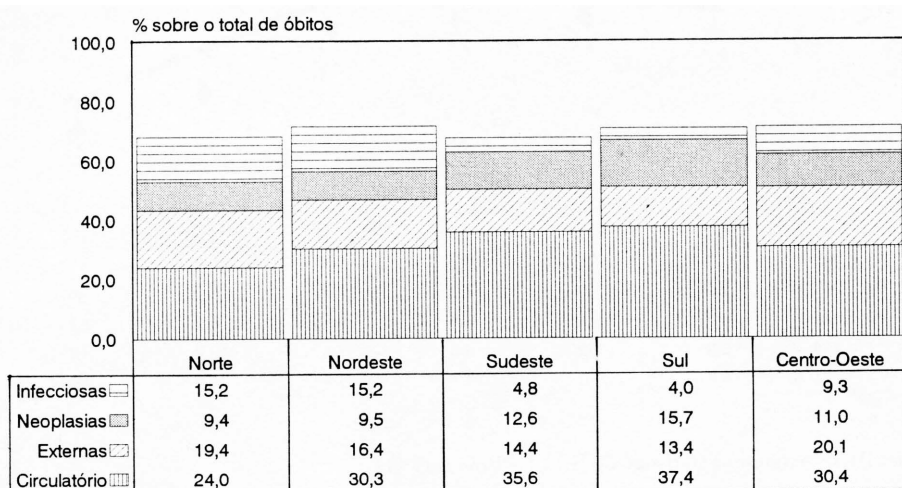
## Gráfico 8 – Percentagem de óbitos de zero a 19 anos

Fonte: IBGE. Estatísticas do Registro Civil – 1980 e 1990.

## Gráfico 9 – Percentagem de óbitos de sessenta anos ou mais

Fonte: IBGE. Estatísticas do Registro Civil – 1980 e 1990.

## DIFERENÇAS REGIONAIS NA MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA

O Gráfico 10 mostra que as doenças infecciosas e parasitárias, apesar de serem mais facilmente evitáveis, ainda são responsáveis por cerca de 15% da mortalidade nas regiões Norte e Nordeste, enquanto nas regiões Sul e Sudeste esta proporção é menor que 5%.

**Gráfico 10 – Mortalidade proporcional para quatro grupos de causas de óbito. Grandes regiões – 1990**

| | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
|---|---|---|---|---|---|
| Infecciosas | 15,2 | 15,2 | 4,8 | 4,0 | 9,3 |
| Neoplasias | 9,4 | 9,5 | 12,6 | 15,7 | 11,0 |
| Externas | 19,4 | 16,4 | 14,4 | 13,4 | 20,1 |
| Circulatório | 24,0 | 30,3 | 35,6 | 37,4 | 30,4 |

Fonte: Ministério da Saúde-DATASUS. Sistema de Informações de Mortalidade.

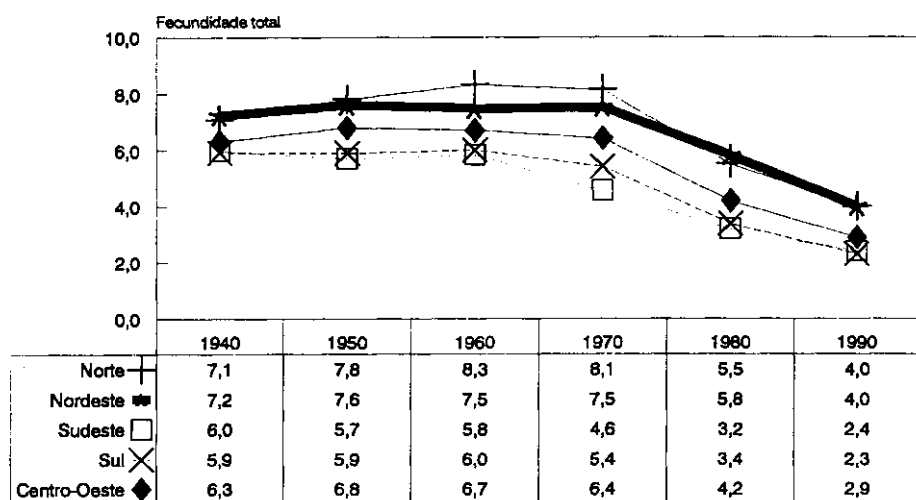
As neoplasias e as doenças circulatórias são as causas de aproximadamente a metade dos óbitos nas regiões Sul e Sudeste.

As causas externas – violências – correspondem a cerca de 20% da mortalidade nas regiões Norte e Centro-Oeste, áreas de imigração relativamente recente, e com sérios conflitos sobre a posse de terras. A proporção de óbitos por causas violentas é maior nestas duas regiões que na Sudeste, onde a violência urbana tem aumentado mais recentemente.

## DIFERENÇAS REGIONAIS NA QUEDA DA FECUNDIDADE TOTAL

O Gráfico 11 mostra que a fecundidade reduziu-se em ritmos diferentes e em momentos distintos nas cinco regiões do Brasil, compondo três padrões.

**Gráfico 11 – Fecundidade total (filhos/mulher). Grandes regiões – 1940-1990**

| | 1940 | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte | 7,1 | 7,8 | 8,3 | 8,1 | 5,5 | 4,0 |
| Nordeste | 7,2 | 7,6 | 7,5 | 7,5 | 5,8 | 4,0 |
| Sudeste | 6,0 | 5,7 | 5,8 | 4,6 | 3,2 | 2,4 |
| Sul | 5,9 | 5,9 | 6,0 | 5,4 | 3,4 | 2,3 |
| Centro-Oeste | 6,3 | 6,8 | 6,7 | 6,4 | 4,2 | 2,9 |

Fonte: IBGE. Anuário Estatístico do Brasil – 1984 a 1993.

Um padrão é definido pelo Sudeste e pelo Sul, onde a fecundidade já era mais baixa no período de 1940 a 1960, começando a declinar rapidamente após 1960, principalmente no Sudeste, que é a região mais industrializada. Em ambas as regiões, a fecundidade cai em 1990 para valores mais próximos de dois filhos por mulher.

Outro padrão é determinado pelas regiões Norte e Nordeste, nas quais a fecundidade é mais elevada, mas o declínio da fecundidade começa após 1970 e também é rápido, chegando a 1990 com uma taxa de fecundidade total de quatro filhos por mulher.

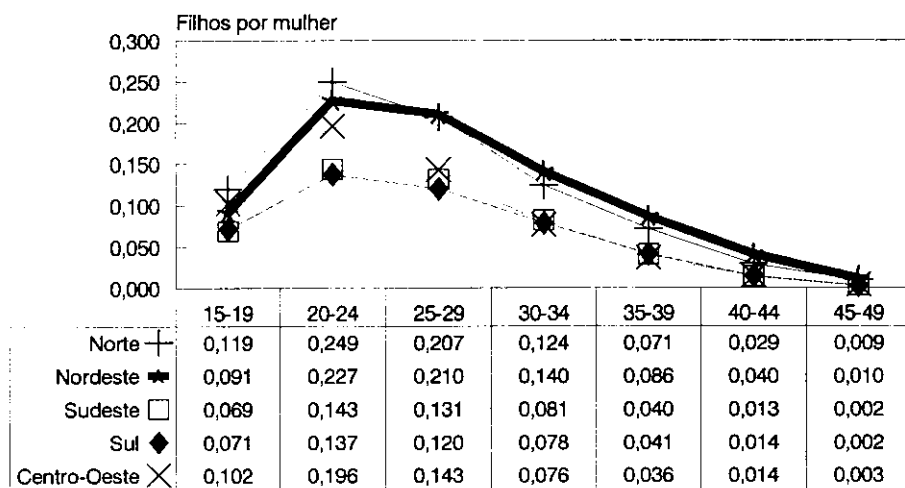
Na região Centro-Oeste, a curva de fecundidade se desenvolve com valores intermediários, e sua redução se acelera também apenas depois de 1970. Em 1990, a taxa de fecundidade está próxima a três filhos por mulher.

## DIFERENÇAS REGIONAIS NA ESTRUTURA DA FECUNDIDADE POR IDADE

A taxa de fecundidade específica por idade mostra que esta é maior, em todos os grupos de idade, nas regiões Norte e Nordeste. Além disso, pode-se observar um pico entre os vinte e 24 anos, declinando após os 25 anos, principalmente na população feminina das regiões Norte e Centro-Oeste. Na região Sudeste, ao contrário, não há grande diferença de fecundidade entre os grupos de vinte a 24 e 25 a 29 anos, sugerindo que, na mesma, talvez por influência das atividades profissionais ou para completar seu ciclo educacional, um número maior de mulheres posterga o início da vida reprodutiva.

A gravidez na adolescência e entre mulheres jovens (grupos de zero a 15 e vinte a 24 anos) é mais elevada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; no entanto esta última região mostra rápido declínio da fecundidade após os 24 anos, apresentando os mesmos níveis que as regiões Sul e Sudeste para as mulheres com mais de 25 anos.

**Gráfico 12 – Taxas específicas de fecundidade por idade. Grandes regiões – 1990**

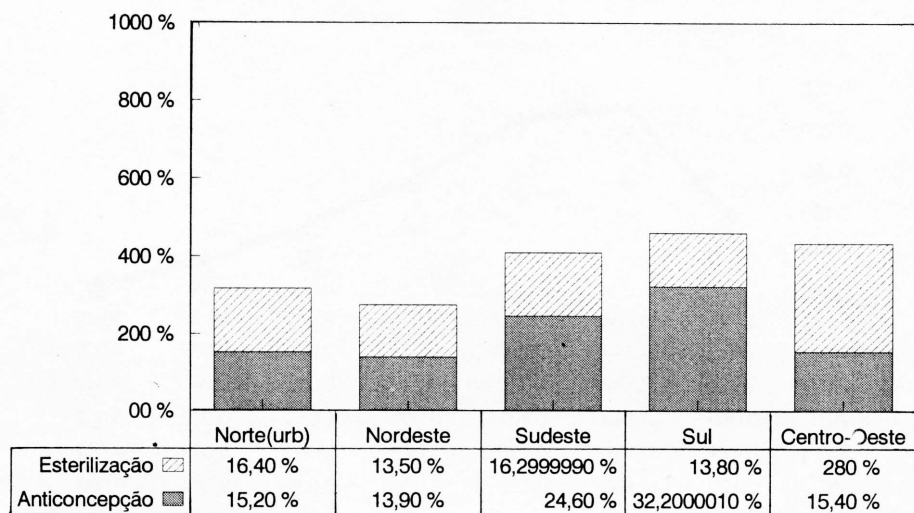
| | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte | 0,119 | 0,249 | 0,207 | 0,124 | 0,071 | 0,029 | 0,009 |
| Nordeste | 0,091 | 0,227 | 0,210 | 0,140 | 0,086 | 0,040 | 0,010 |
| Sudeste | 0,069 | 0,143 | 0,131 | 0,081 | 0,040 | 0,013 | 0,002 |
| Sul | 0,071 | 0,137 | 0,120 | 0,078 | 0,041 | 0,014 | 0,002 |
| Centro-Oeste | 0,102 | 0,196 | 0,143 | 0,076 | 0,036 | 0,014 | 0,003 |

Fonte: IBGE. Anuário Estatístico do Brasil – 1983.

# DIFERENÇAS REGIONAIS NO CONTROLE DA NATALIDADE (1986)

Para controlar a natalidade, a população feminina recorreu a três procedimentos básicos: a utilização de métodos anticoncepcionais, a esterilização feminina – muitas vezes involuntária – e, como último recurso, o abortamento (estimado em cerca de 1,5 milhões em 1991, segundo o Instituto Alan Guttmacher), todos com repercussões importantes sobre a saúde da população feminina.

Quando comparamos a anticoncepção com a esterilização (Gráfico 13), observamos diferenças regionais importantes e novamente temos três padrões, formando os mesmos grupos: em 1986, a população feminina em idade reprodutiva das regiões Sul e Sudeste que utilizava métodos anticoncepcionais era maior do que aquela que sofreu esterilização, ao passo que, nas regiões Norte e Nordeste, a proporção para estes dois procedimentos era praticamente igual. Já entre as mulheres de 15 a 49 anos da região Centro-Oeste havia maior proporção de mulheres esterilizadas do que a de mulheres que utilizavam algum método anticoncepcional reversível.

**Gráfico 13 – Anticoncepção e esterilização em mulheres de 15 a 49 anos. Grandes regiões – 1986**

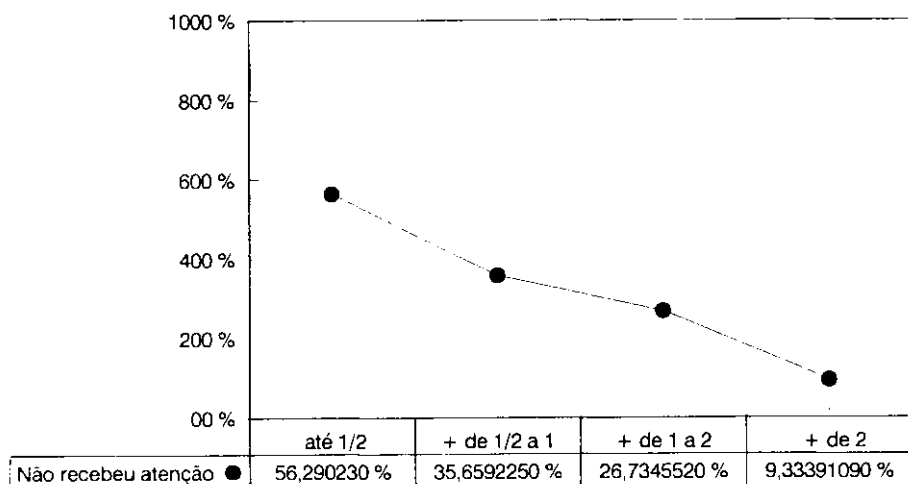
| | Norte(urb) | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
|---|---|---|---|---|---|
| Esterilização | 16,40 % | 13,50 % | 16,2999990 % | 13,80 % | 280 % |
| Anticoncepção | 15,20 % | 13,90 % | 24,60 % | 32,2000010 % | 15,40 % |

Fonte: IBGE. PNAD – 1986.

## DIFERENÇAS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Muitas complicações da gravidez, do parto e do puerpério da mãe, assim como doenças do período perinatal do concepto, podem ser evitadas se houver atenção pré-natal adequada. No entanto, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente para a população de baixa renda – justamente aquela que, por suas condições de vida inadequadas, suporta os maiores riscos –, favorece a ocorrência de danos à saúde, os quais já estão reduzidos nos países desenvolvidos.

O Gráfico 14, obtido mediante resultados da Pesquisa sobre Saúde e Nutrição – realizada pelo IBGE em 1989 –, mostra a deficiência de atenção pré-natal para os grupos de baixa renda.

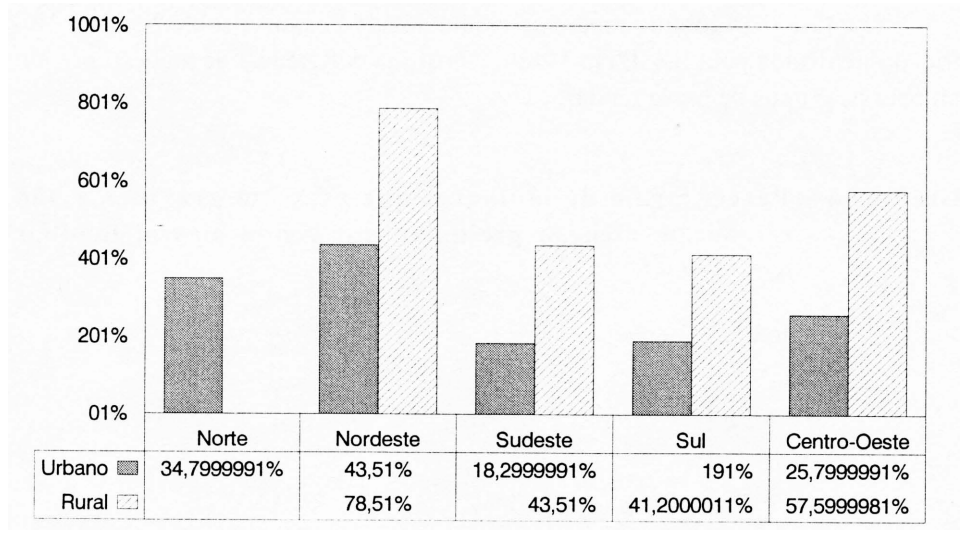
**Gráfico 14 – Percentagem de mulheres que estavam grávidas e não receberam atenção pré-natal, por renda mensal familiar** *per capita*

| | até 1/2 | + de 1/2 a 1 | + de 1 a 2 | + de 2 |
|---|---|---|---|---|
| Não recebeu atenção ● | 56,290230 % | 35,6592250 % | 26,7345520 % | 9,33391090 % |

Fonte: IBGE/DPE/DEISO. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – 1989.

Além da diferença por renda na atenção pré-natal, existem dessemelhanças regionais que, de certa maneira, reproduzem essa desigualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde. Principalmente quando se observa, em todas as regiões, a população das áreas rurais do Brasil, as quais apresentam maiores percentagens de mulheres grávidas que não tinham recebido atenção pré-na-

tal. Pode-se ver no Gráfico 15 que, enquanto nas áreas urbanas das regiões Sul e Sudeste a proporção de mulheres grávidas sem atenção pré-natal era menor que 20%, nas áreas rurais destas regiões havia mais de 40% de grávidas nesta situação, sendo que no Nordeste rural esta proporção estava perto de 80%.

**Gráfico 15 – Percentagem de mulheres grávidas sem pré-natal. Grandes regiões – urbano/rural**

| | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
|---|---|---|---|---|---|
| Urbano | 34,7999991% | 43,51% | 18,2999991% | 191% | 25,7999991% |
| Rural | | 78,51% | 43,51% | 41,2000011% | 57,5999981% |

Fonte: IBGE/DPE/DEISO. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – 1989.

## CONCLUSÕES

Através da construção e análise de indicadores demográficos e de saúde, procuramos mostrar a associação entre as transições epidemiológica e demográfica que acontecem no Brasil, descrevendo as transformações na estrutura de mortalidade e fecundidade que ocorrem desde a década de 1940.

Estas transições são, na realidade, muito mais complexas, envolvendo fenômenos sócio-econômicos que não foram abordados aqui. Certamente, não tínhamos a intenção de explicá-las exaustivamente. Ao contrário, procuramos utilizar apenas alguns indicadores, mostrar as associações que nos parecem mais

óbvias e reproduzir parte de alguns trabalhos já realizados por nós, mas de maneira que apresentassem alguma lógica do ponto de vista associativo e alguma linearidade para facilitar sua apresentação.

Devemos considerar este estudo como um resumo que pretende destacar pontos relevantes e básicos da associação entre transição demográfica e epidemiológica.

Além dos fatores sócio-econômicos, que praticamente não foram abordados, a transição epidemiológica envolve uma análise do perfil de morbidade, que não foi tratado nesta pesquisa. Poderíamos apenas considerar que a estrutura de mortalidade, segundo a causa básica do óbito, serve como uma *proxy* da de morbidade.

Mais fácil parece ter sido a tarefa de mostrar as diferenças entre grandes regiões do Brasil, por sua consistente e marcante ocorrência. Poderíamos, então, sugerir que existem diferentes transições epidemiológicas e demográficas no Brasil, cada uma agindo sobre um segmento da população, seja esta dividida regionalmente ou em estratos sócio-econômicos.

Certamente, muitos dos conceitos emitidos e observações realizadas nesta análise podem ser detalhados, aprofundados e analisados com técnicas estatísticas, demográficas e epidemiológicas mais elaboradas. Contudo, se este trabalho servir como sugestão para discutirmos alguns pontos comuns entre a Epidemiologia e a Demografia, seu objetivo foi atingido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASS, W. Policies for the reduction of mortality differentials. *Population and Development in the Middle East.* Beirut: United Nations, ECWA, 1982. p. 341-365.

CALDWELL, J. C. & McDONALD, P. Influence of maternal education on infant and child mortality: levels and causes. In: PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE, INTERNATIONAL UNION FOR THE SCIENTIFIC STUDY OF POPULATION, Manila, 2:79-96, 1981.

MONTEIRO, M. F. G. *A Case-Control Study of Infant Mortality Determinants in The Metropolitan Region of Porto Alegre (Brazil).* Londres, 1990a. Tese de doutorado – LSHTM, University of London.

MONTEIRO, M. F. G. O efeito da educação materna sobre o risco de mortalidade infantil. *Revista Brasileira de Estudos de População,* 7(1), jan./jun., 1990b.

MONTEIRO, M. F. G. A mortalidade no contexto da transição epidemiológica. In: *IBGE - Indicadores Sociais: uma análise da década de 1980*. Rio de Janeiro: IBGE, 1995. (No prelo)

MONTEIRO, M. F. G. Saúde reprodutiva. In: IBGE/Unicef. *Família Brasileira, a Base de Tudo*. São Paulo: Cortez, 1994.

MONTEIRO, M. F. G. Interrupções da gravidez no Brasil. In: ENCUENTRO DE INVESTIGADORES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, COLÔMBIA, 15 A 18 DE NOVEMBRO DE 1994. Organización Mundial de la Salud (Programa especial de investigación sobre reproducción humana). 1994.

MONTEIRO, M. F. G. & ALVES, M. I. C. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In: VERAS, R. (Org.) *Terceira Idade - Envelhecimento Digno para o Cidadão do Futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UnATI/Uerj, 1995.

MOSLEY, W. H. & CHEN, L. C. An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. In: MOSLEY, H. W. & CHEN. L. C. (Ed.) Child Survival, Strategies for Research. *Population and Development Review*, 10:25-45, 1984. (Suppl.).

PEBLEY, A. R. & MILLMAN, S. Birthspacing and child survival. *International Family Planning Perspectives*, 12(3):71-79, 1986.

THE ALLAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Aborto Clandestino: uma realidade latino-americana*. Nova Iorque: The Allan Guttmacher Institute, 1994.

SINGH, S. & MONTEIRO, M. F. G. Childbearing, contraception and abortion in Brazil: differentials by women's poverty status Oaxaca. In: SEMINAR ON WOMEN, POVERTY AND DEMOGRAPHIC CHANGE, Oaxaca, Mexico, 25-28, October 1994. Mexico: International Union for the Scientific Study of Population (Iussp), 1994.

TAVARES, R. A. W. & MONTEIRO, M. F. G. População e condições de vida. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. A. W. (Org.) *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Measurement of Levels of Health. *Technical Report Series 137, 1957*.

# ANÁLISE DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NA ESPANHA*

*Alberto M. Torres, Joaquim Pereira & Juan Fernández*

## INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é descrever brevemente as mudanças na mortalidade que têm ocorrido na Espanha desde o início deste século. Não se trata tanto de oferecer respostas, mas sim de apresentar esta evolução visando a uma discussão geral dentro do marco da transição epidemiológica em países latino-americanos.

O simples intento de abordar uma análise destas características apresenta problemas metodológicos importantes, bem conhecidos de todos e a respeito dos quais não nos estenderemos. Basta reconhecer que procuramos analisar um período de quase cem anos, no âmbito do qual comparamos a evolução de grupos de causas de morte, atestados e classificados, em contextos conceituais muito distantes uns dos outros.

* Tradução: *Claudia Bastos & Francisco Inácio Bastos*

## FONTES DE INFORMAÇÃO

A sistematização da informação sobre mortalidade foi levada a cabo de forma rigorosa e metódica a partir da criação do Instituto Geográfico e Estatístico, sendo que desde 1900 publica-se anualmente o *Movimiento Natural de la Población*. A obrigatoriedade da certidão de óbito para que se procedesse ao sepultamento havia sido estabelecida antes, em 1837. Porém, em seu início e antes da criação do Instituto, a sistematização da informação sanitária recebia escassa prioridade, com exceção dos períodos epidêmicos.

Feitas estas restrições, vamos analisar, em primeiro lugar, a evolução de alguns parâmetros da população espanhola e, posteriormente, a evolução da mortalidade geral e dos grandes grupos de causas de morte. A fonte original dos dados é o Instituto Nacional de Estatística.

## CONTEXTO DEMOGRÁFICO: A EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO ESPANHOLA

A população espanhola duplicou no intervalo de 91 anos, o que representa taxa média de crescimento inferior a 1% ao ano. Mais do que o aumento de população, o fator diferencial mais importante foi a mudança na estrutura da população entre esses dois períodos. As cifras absolutas relativas a crianças menores de cinco anos manteve-se praticamente idêntica nos dois momentos e, portanto, reduziu-se proporcionalmente a menos da metade. No outro extremo da vida, a proporção de pessoas maiores de 65 anos quintuplicou em pouco menos de cem anos.

Tal alteração na estrutura da população explica-se, em parte, pela queda da natalidade espanhola, que diminuiu de forma constante durante quase todo o século, exceção feita a ligeiro aumento na época posterior ao pós-guerra. Se, por um lado, a queda global da natalidade foi de 3,4 vezes, por outro lado, a mortalidade geral da população diminuiu 3,2 vezes. O efeito combinado de ambas as alterações determinou a mudança na estrutura da população anteriormente descrita.

A queda da mortalidade exerceu efeito importante no acréscimo da sobrevida média da população. Esta queda tem-se refletido em aumento da vida média da população, com um percentual cada vez maior desta atingindo idades mais avançadas. Em 1990, mais da metade da população vivia até a idade de oitenta anos; este mesmo percentual, em 1920, chegava apenas a 45 anos.

## Evolução da Mortalidade Geral

Entre os anos de 1901 e 1975, a mortalidade geral diminuiu de forma relevante, passando da taxa de 2.782 por cem mil habitantes à de 840, em 1975. A primeira coisa que chama a atenção, ao observarmos a forma dessa curva, é a existência de decréscimo progressivo, interrompido por duas fases de elevação significativa na mortalidade geral. No primeiro período há acréscimo na taxa de mortalidade geral entre os anos de 1918 e 1921. Neste momento é possível observar que a mortalidade geral cresce ligeiramente entre os anos de 1918 e 1919, assim como se pode notar que o aumento é surpreendente no ano seguinte. Em novembro de 1918, ocorre em toda Europa uma forte epidemia de gripe, à qual se atribui de forma direta este aumento na mortalidade.

A mortalidade continua elevada até o ano de 1922, e este acréscimo mais tardio se deve à mortalidade secundária à citada epidemia. Se observarmos a mortalidade por causas durante este intervalo de tempo, veremos claramente que a mortalidade infecciosa se eleva de forma paralela à mortalidade geral e que, no âmbito da mortalidade por causas infecciosas, ja provocada por enfermidades respiratórias é a que cresce de forma mais evidente.

O segundo ciclo de aumento na mortalidade geral ocorre ao final da década de 30, mantendo-se até o início dos anos 40, correspondendo ao período da Guerra Civil Espanhola. Várias observações são de interesse aqui. Desde o ano de 1930 registra-se ligeiro aumento da taxa de mortalidade, sendo que no ano de 1936 eclode o conflito bélico. A mortalidade geral diminui no ano de 1939, ao final da Guerra Civil, mas volta a aumentar no ano seguinte de forma bastante relevante. O excesso de mortalidade e as taxas irregulares se mantêm até, pelo menos, o ano de 1945. Esse acréscimo reflete-se no incremento das mortes por causas violentas e causas mal definidas.

Até o ano de 1952, a mortalidade geral não volta aos níveis habituais e, no caso de incluirmos o aumento dos anos 1955 a 1957, somente retorna no ano de 1958. Este incremento entre os anos de 1955 a 1957 ocorre em conseqüência às mortes por causas mal definidas, momento em que a mortalidade infecciosa, aí incluída a tuberculose, diminui de forma relevante. Os únicos períodos de decréscimo regular da mortalidade geral têm lugar entre os anos de 1924 e 1930; a seguir, brevemente, entre 1952 e 1954; e, igualmente, a partir do ano de 1975.

Com isto, acreditamos ser possível reconstruir três ciclos diferenciados na evolução da mortalidade geral. O primeiro vai até o ano de 1922, durante o qual

ocorrem epidemias que exercem grande impacto sobre a mortalidade geral, embora compreenda anos de acelerado decréscimo da mortalidade. A queda relativamente rápida da taxa de mortalidade até o ano de 1918 desacelera-se devido à epidemia de gripe. Deve-se ressaltar que as taxas de mortalidade geral após a epidemia tendem a recuperar a inclinação do período anterior.

A partir do ano de 1922, inicia-se uma época de queda bastante regular e constante da taxa de mortalidade geral, que se mantém até o ano de 1930, sendo interrompida pela Guerra Civil. Durante este intervalo de tempo, a taxa anual de queda da mortalidade foi da ordem de 2%. Se prolongarmos a linha de inclinação da curva relativa ao período, observaremos paralelismo entre a queda registrada no pós-guerra e o ocorrido nos anos 20, embora seja possível argumentar que houve desaceleração na queda da mortalidade bruta geral a partir do pós-guerra.

Entre os anos de 1931 e 1954, é possível estabelecer uma linha hipotética de referência que mostraria nova desaceleração no decréscimo da mortalidade geral e excesso de mortalidade atribuível à Guerra Civil. Desde 1958, a mortalidade praticamente se estabiliza em torno de oito a nove por mil. Esta estabilização, como veremos adiante ao analisar suas causas, corresponde aos padrões de mortalidade de uma população madura, onde as principais causas de morte são enfermidades crônicas e degenerativas.

## EVOLUÇÃO DAS CAUSAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDADE

Agrupamos as causas de morte nas seguintes categorias: infecciosas e parasitárias, câncer e enfermidades cardiovasculares, acidentes, outras e mal definidas.

De forma geral, as taxas por enfermidades infecciosas diminuem de forma relevante, os acidentes aumentam, diminuem e voltam a aumentar, e o câncer e as enfermidades cardiovasculares crescem ligeiramente.

### ENFERMIDADES INFECCIOSAS

O aspecto que mais chama a atenção em todo o processo de mudança no padrão de mortalidade deste século é a notável queda da mortalidade atribuível a causas infecciosas. As enfermidades infecciosas constituem a principal causa de morte entre a população espanhola no início do século e, desde então, observa-se que tal causa se mantém em queda, exceto o aumento devido à epidemia de gripe de 1918 e no período da Guerra Civil.

A redução global das taxas de mortalidade durante estes 75 anos é de cerca de 95,2%. Este declínio tão importante se faz acompanhar, por um lado, de queda paralela na mortalidade geral; por outro, de redução significativa na contribuição proporcional da patologia infecciosa à mortalidade geral, passando dos 51%, em 1901, a 8%, em 1975.

Um aspecto interessante é a relativa aceleração progressiva dos decréscimos nas taxas de mortalidade por patologias infecciosas, ainda que haja comportamentos diferentes com relação a distintos grupos de causas.

A revisão da evolução nas taxas de mortalidade por patologias infecciosas específicas demonstra o papel destacado da mortalidade relativa a enfermidades diarréicas no início do século. Somente no ano de 1920 observa-se tendência marcadamente decrescente. A partir de então, a diminuição das enfermidades diarréicas se mantém, excetuando-se o tempo em que houve a Guerra Civil. A época em que se nota inclinação decrescente mais pronunciada da curva situa-se a partir da década de 50. Ainda que os maiores valores absolutos dessa queda ocorram no início do período, a velocidade desse decréscimo é maior durante os anos de 1955-65.

Outro aspecto interessante é que, uma vez que a velocidade de decréscimo das taxas por patologias diarréicas foi bastante mais rápida do que a da taxa geral de diminuição das patologias infecciosas em seu conjunto, percentualmente estas passam a representar em torno de 3,3% da mortalidade por causas infecciosas em 1975, em face dos 30,3% que representam em 1901. No âmbito do grupo de enfermidades diarréicas, o de maior importância é constituído pelas enfermidades diarréicas inespecíficas. Outras causas específicas possuem menor relevância quantitativa. A febre tifóide é fator etiológico que representa cerca de 12% da mortalidade por causas diarréicas em 1901, e o cólera, muito presente durante o século anterior, tem aparições apenas esporádicas, desaparecendo em 1921.

Apenas no período de pré-guerra, as infecções respiratórias – incluindo principalmente enfermidades respiratórias agudas e pneumonias – substituem as diarréicas como primeira causa de morte. O declínio daquelas é mais tardio e, proporcionalmente, elas aumentam, passando a representar proporção importante da mortalidade em 1975. Neste grupo de causas, as pneumonias constituem o grupo de maior relevo, cuja importância proporcional dentro da mortalidade infecciosa cresce de 14%, em 1901, para 47%, em 1975. Esta elevação na participação proporcional ocorre apesar do decréscimo observado nas taxas absolutas de 19,71 para 3,22 por cem mil habitantes.

Tradicionalmente, a tuberculose foi expressiva causa de mortalidade: em 1901, representa 14,5 % de toda a mortalidade por causa infecciosa. As taxas de mortalidade reduzem-se trinta vezes com relação aos valores de 1901, declinan-

do, assim, desde o início do século para se estabilizarem no período posterior à Guerra Civil até o ano de 1951. Deve-se destacar que, durante alguns anos, as taxas de morte por tuberculose são superiores àquelas relativas às enfermidades diarréicas ou respiratórias. A partir de 1951, inicia-se um ciclo de queda muito rápida nas taxas de mortalidade por tuberculose e, já no ano de 1975, esta representa em torno de 10% da mortalidade por causas infecciosas.

## Causas do Declínio nas Taxas de Mortalidade por Enfermidades Infecciosas

A razão deste declínio é sem dúvida complexa, e dificilmente atribuível a um único fator. Sem dúvida há influências das melhorias gerais na alimentação, saneamento, e finalmente moradia, sem esquecer intervenções específicas como a erradicação da malária ou o advento da terapia antituberculosa. O caso do sarampo ilustra o que deve ter sido uma melhoria geral inespecífica nas condições de vida.

Uma forma mais refinada de analisar as variações, mais próxima às causas, consiste em explorar as mudanças sofridas por causas de morte com mecanismos de transmissão semelhantes.

O principal mecanismo de contágio das enfermidades infecciosas reside na transmissão pelo ar. Em 1901, a taxa atribuível a este mecanismo de transmissão é de 9.312 por milhões de habitantes (Martinez Navarro, 1979), sofrendo redução de 93,5% em 75 anos. Sem dúvida, dado que a queda é comparativamente maior com relação a outros grupos de causas infecciosas, a mortalidade por patologias que se transmitem de forma aérea aumenta proporcionalmente, passando a representar, de 89% em 1975, 65% em 1901. A transmissão pelo ar continua sendo o desafio mais importante para o controle da mortalidade por enfermidades infecciosas.

A transmissão fecal-oral tem demonstrado sensibilidade bem mais pronunciada às modificações ambientais humanas, o que se manifesta pelo marcado decréscimo na participação proporcional na mortalidade por causas infecciosas. Este grupo passa a representar 4%, no ano de 1975, em face dos 31%, em 1901. Como já dito, o declínio nas taxas é expressivo: de 4.351 por milhões de habitantes, em 1901, para 27 por milhão, em 1975.

A mortalidade devido a enfermidades transmitidas por artrópodes – malária, tifo exantemático etc. – diminui significativamente até quase desaparecer,

depois de constituir mecanismo de transmissão freqüente das epidemias na primeira década do século e, ocasionalmente, em epidemias posteriores.

### Enfermidades Crônicas

Em comparação com a queda tão importante nas taxas de mortalidade por enfermidades infecciosas, sua variabilidade por doenças crônicas tem sido, em geral, menos pronunciada. De forma ampla, os acidentes – que mantinham taxas de mortalidade moderadas, em torno de quarenta por cem mil habitantes – aumentam durante a Guerra Civil até 250 por cem mil, alcançando posteriormente níveis de cerca de quarenta.

As taxas de mortalidade por problemas cardiovasculares em 1975, 206 por cem mil, são ligeiramente inferiores às 221 correspondentes ao início do século. Da mesma forma, as taxas de mortalidade por enfermidades cérebro-vasculares decrescem de 175 para 127 por cem mil, em 1975. Diminuem também as causas mal definidas de 207 para 35. As taxas de câncer têm aumentado de forma constante, de 43 por cem mil para 133.

Como resultado geral e com exceção do câncer, que parece ter aumentado durante este período, o restante das enfermidades crônicas tem-se reduzido ou mantido suas taxas de mortalidade.

## Causas das Mudanças na Mortalidade

### Contexto Histórico

Os primeiros anos do século XX são, na Espanha, uma época de grande instabilidade social e política, que culmina com a irrupção da greve social revolucionária no ano de 1917. A década de 20 constitui a fase de maior prosperidade, quando o país ganha infra-estrutura e, ainda que com atraso com relação aos demais países europeus, dá prosseguimento ao processo de industrialização.

Após a queda da ditadura de Primo de Rivera, inicia-se a Segunda República, a partir da Constituição de 1931. A crise econômica e social que sacode a Europa no período entre guerras, na Espanha desemboca na Guerra Civil (1936-1939), cujas seqüelas com relação à perda de vidas humanas não se encerram

com seu término, mas perpetuam o atraso tanto nos níveis sanitário como nos sociais e econômicos.

## INTERVENÇÕES DA SAÚDE PÚBLICA

A partir do final de século passado, inicia-se aquilo que poderíamos denominar ações sanitárias modernas orientadas para os trabalhos de saneamento ambiental, controle de enfermidades infecciosas e desenvolvimento de serviços sanitários aos níveis central, provincial e de município. Em 1904, é aprovada a lei de *Instrucción General de Sanidad*, que configura o ponto de partida legal da atuação sanitária moderna na Espanha. O controle das enfermidades infecciosas mediante o diagnóstico, isolamento. controle de vetores, desinfecção e desinsetização, com campanhas de vacinação em massa da população, constituíram aspectos de destaque das iniciativas sanitárias ativas. Neste sentido, estabelece-se a notificação compulsória de doenças como mecanismo suplementar de controle das enfermidades infecciosas.

## SISTEMA SANITÁRIO E DE SEGURIDADE SOCIAL

A proteção social, apenas iniciada com a criação do Instituto Nacional de Previdência (1908), não tem o desenvolvimento previsto na Constituição republicana (1931), que preconiza a extensão dos seguros de enfermidade, acidente, desemprego, velhice, invalidez e morte, assim como proteção à maternidade. A Guerra Civil deu origem a um desastre econômico de tal extensão que até o ano de 1950 não se alcança o PIB atingido no ano de 1931.

Durante a ditadura do General Franco (1936-1975), a evolução do sistema sanitário e da seguridade social mostra-se muito escassa nas décadas dos anos 40 e 50, embora nelas se assentem as bases – *Ley de Bases de Sanidad Nacional*, de 1944, e *Ley del Seguro de Enfermedad*, de 1942. Apenas nos anos 60, após o plano de ajuste de 1959, e com a progressiva abertura ao comércio e às inversões, tem lugar relevante desenvolvimento econômico. Na década de 60, a Espanha torna-se o país com o maior crescimento do PIB no mundo, depois do Japão.

Coincidentemente com este crescimento econômico, desenvolve-se um sistema de proteção social e de assistência sanitária ligado à Seguridade Social, cujo orçamento chega a superar o Orçamento Geral do Estado durante os anos 60.

O número de pessoas protegidas pela seguridade social passa de quatro milhões, no ano de 1945, para 18 milhões, no ano de 1967, número que ascende a trinta milhões no ano de 1975. Entre 1965 e 1976 cria-se uma rede hospitalar moderna, distribuída por todo o território espanhol, o que determina, somente nestes anos, a criação de 41.582 leitos (quase 1,3 por habitante). Paralelamente a isso, o número de médicos especializados na prática hospitalar multiplica-se por vinte, o mesmo ocorrendo com o número de enfermeiras e auxiliares de enfermagem. O orçamento sanitário público aumenta o equivalente a cinco vezes neste mesmo intervalo de tempo.

Os indicadores sanitários, porém, mais sensíveis ao desenvolvimento econômico e social que ao desenvolvimento do sistema sanitário, sem diminuir a importância deste último, já haviam experimentado melhoria das sua cifras anos antes. Assim, a mortalidade infantil passa de 45 por mil, no ano de 1960, para 18 por mil, no ano de 1976. E, mais ainda, a expectativa de vida passa de 50 anos em 1940, para 62 anos em 1950, a 70 anos em 1960, e a 72 anos em 1970.

A melhoria destes e outros indicadores de saúde prossegue após a morte de Franco e a institucionalização da Monarquia Parlamentarista, ainda quando as taxas de crescimento do PIB se tornam modestas ou mesmo negativas – anos de 81 e 93. Hoje a mortalidade infantil é de 7,5 por mil e a expectativa de vida está próxima aos 77 anos.

As reformas do sistema sanitário introduzidas com a chegada da democracia a partir da Ley General de Sanidad, de 1986, têm dado suporte à universalização dos serviços a toda a população. O sistema sanitário da Seguridade Social vem sendo transformado em Sistema Nacional de Saúde, financiado em quase 80% através dos orçamento geral do Estado e com gestão cada vez mais descentralizada. A Seguridade Social continua a ampliar-se, apesar das flutuações que o mercado de trabalho impõe, e destina cada vez mais recursos ao âmbito da proteção social.

## Discussão sobre Conseqüências e Perspectivas Futuras de Evolução da Transição Epidemiológica na Espanha

A queda substancial da mortalidade geral em conseqüência da redução das enfermidades infecciosas tem feito com que, proporcionalmente, as enfermidades crônicas tenham aumentado sua contribuição relativa à mortalidade geral.

As causas últimas das mudanças podem ser atribuídas ao processo de 'modernização' experimentado pela sociedade espanhola e definido pelas melhorias no saneamento, alimentação e moradia, mas também aos conhecimentos e habilidade da população para enfrentar e compreender a enfermidade segundo conceitos modernos. A modernização não tem acarretado epidemia de enfermidades crônicas na população, mas tão somente a mudança significativa na sua distribuição proporcional.

Há, não obstante, alguns indicadores preocupantes, como a relevância da violência e dos acidentes como causa de anos de vida perdidos. A urbanização, a evolução do processo de 'modernização' e as facilidades de comunicação têm feito com que apareçam, sob caráter epidêmico, novos problemas de Saúde Pública.

Ainda que o balanço seja nitidamente positivo do ponto de vista da mortalidade geral, é importante destacar que as últimas fases da transição epidemiológica têm ocorrido em um ambiente sanitário e de seguridade social em expansão na Espanha, o que pode ter minimizado as tensões sociais associadas a todo processo de mudança social. A inexistência destas redes de proteção social, unida à escassa generalização dos benefícios da 'modernização' a toda a população, poderia distinguir os padrões de evolução de países latino-americanos e o espanhol.

As perspectivas atuais assinalam crescimento muito moderado da população espanhola, o qual pode, inclusive, tornar-se negativo. O índice sintético de fecundidade de 1,2 situa a Espanha entre os países com a menor natalidade do mundo. Por sua vez, o envelhecimento da população fará com que, ao final do século, cerca de 15% da população tenha mais de 65 anos, o que conduzirá a maior reorientação do sistema sanitário no sentido da atenção às pessoas idosas e de seus problemas de morbi-mortalidade específicos.

Por um lado, se observarmos a contribuição proporcional das distintas causas de mortalidade para a mortalidade geral, destaca-se o papel das enfermidades cardiovasculares como causa de morte. Por outro lado, se expressarmos a mortalidade como percentagem não da mortalidade geral, mas sim dos anos de vida perdidos, o padrão que surge contrasta com o anterior, na medida em que

acidentes e violência se convertem na primeira causa de morte, o que se explica por sua maior incidência em pessoas jovens. Do ponto de vista da Saúde Pública, as prioridades da ação dificilmente podem continuar a depender da utilização das taxas de mortalidade de forma direta, fazendo-se necessário identificar indicadores que reflitam os anos de vida perdidos e a morbidade.

---

Agradecemos ao Dr. Martinez Navarro pela inestimável colaboração, já que muitas das informações que utilizamos aqui foram recolhidas e elaboradas por ele a partir de dados do Instituto Nacional de Estatística.

---

# PARTE V

# HETEROGENEIDADE DE RAÇA E GÊNERO EM EPIDEMIOLOGIA

# 12

# RAÇA: ASPECTO ESQUECIDO DA INIQÜIDADE EM SAÚDE NO BRASIL?

*Estela M. G. de Pinto da Cunha*

## INTRODUÇÃO

Se, por definição, entendemos que eqüidade significa: *disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um;* ou, *igualdade, retidão, equanimidade*, pode-se afirmar que o padrão de desenvolvimento dos países chamados do terceiro mundo ou em desenvolvimento não pode ser caracterizado como modelo que se adapte a uma das definições aqui mencionadas.

Evidencia-se o não reconhecimento dos direitos básicos dos cidadãos, fato que se expressa em desigualdade extrema entre países, regiões e, marcadamente, entre grupos sociais, no que se refere à qualidade de vida. Para demonstrar tal quadro, basta analisar alguns dos indicadores utilizados usualmente, o que nos permitiria configurar um panorama geral das desigualdades nos padrões de renda, no acesso e qualidade dos sistemas educativo formal, serviços básicos – como água potável e esgoto –, habitação, saúde etc.

A título de exemplo, podemos comentar alguns dados da PNAD 1990, que permitem constatar as desigualdades mencionadas anteriormente, consoante a situação de domicílio declarada pela população. Assim, 73% dos domicílios particulares permanentes no Brasil contam com sistema de abastecimento de água pela rede pública, percentagem que desce a 16% quando esses domicílios situam-se na área rural.

Quando analisamos os dados do sistema de iluminação, vemos que 88% do total dos domicílios contam com o referido sistema, caindo esse índice para 55% na área rural.

Outra desigualdade se apresenta quando são analisadas as possibilidades de incorporação no sistema formal educativo, já que do total da população de dez anos ou mais residentes no país, a taxa de analfabetismo era de 18,2%, correspondendo a 12,7% para residentes urbanos e 35,3% para os rurais.

Basta salientar alguns poucos indicadores para que se evidenciem também as diferenças nas condições de vida da população segundo a região em que residam. Para marcar as situações extremas pode-se salientar que 99% do total de municípios da região Sudeste têm serviços de distribuição de água por rede, e 91% deles contam com rede coletora de esgoto. Já na região Norte, essas percentagens passam a 87% e apenas 8,4%, respectivamente.

Pelo exposto até o momento, constata-se que existem bibliografia e dados de fontes primárias e secundárias suficientes para traçar um panorama das marcadas diferenças nas condições materiais de vida, que se refletem nas condições gerais de existência da população brasileira, conforme o lugar de residência e a posição sócio-econômica a que pertencem.

Entretanto, a falta de eqüidade determinada pela raça é tema pouco explorado na literatura da área da Saúde até o momento. Diante de tal realidade, este trabalho tem como finalidade pesquisar a existência de desigualdades no que se refere às condições de viver e de morrer das pessoas de acordo com a raça.

Com a aplicação de técnicas indiretas nos dados dos censos demográficos de 1960 e 1980 – única fonte disponível que permite a estimativa dos níveis e tendências da mortalidade infantil e mortalidade adulta feminina consoante a cor declarada – serão mapeados os diferenciais encontrados para o Brasil e grandes regiões no comportamento destas duas variáveis.

## CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO SEGUNDO A COR DECLARADA

Neste trabalho considerar-se-ão as subpopulações autoclassificadas como brancas, pardas e pretas separadamente, sendo que o somatório das pardas e das pretas foi chamado de 'negra'. Esta decisão operacional foi tomada para que, juntas, pudessem representar a população afro-brasileira. Segundo os dados oficiais mais atualizados da população classificada de acordo com a cor, a autodeclarada branca representa 56% da população total do País, enquanto a população parda, 39% e a preta 5%.

Os dados apresentados na Tabela 1 permitem constatar certa heterogeneidade na distribuição da população conforme cor e local de residência, agrupados em grandes regiões. Assim, observa-se que, do total da população residente na região Norte, 73% se autodeclaram negra e 27%, branca, fato que a caracteriza como a região com maior concentração de negros do País. O caso extremo está representado pela região Sul, onde as percentagens encontradas são de 17% e 83%, respectivamente. A situação fica mais equilibrada na distribuição de residentes consoante a raça na região Centro-Oeste.

**Tabela 1 – Distribuição percentual da população residente, por grandes regiões, segundo a cor. Brasil – 1989**

| | Branca | Parda | Preta | Negra* | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Norte | 26,6 | 71,9 | 1,5 | 73,4 | 100 |
| Nordeste | 28,9 | 65,9 | 5,2 | 71,1 | 100 |
| Sudeste | 67,6 | 26,2 | 6,2 | 32,4 | 100 |
| Sul | 83,2 | 13,3 | 3,3 | 16,7 | 100 |
| Centro-Oeste | 50,6 | 46,3 | 3,1 | 49,4 | 100 |
| TOTAL | 56,1 | 38,8 | 5,0 | 43,8 | 100 |

Fonte: IBGE. Anuário Estatístico do Brasil. AEB91.

* Foi considerada população negra, para efeitos deste trabalho, aquela autodeclarada preta mais a parda.

Ao fazer as análises dentro de cada subgrupo de cor, vemos na Tabela 2 que a população branca concentra-se na região Sudeste com 54%, apresentando o menor valor (2%) na região Norte. Já a população autodeclarada negra reside, com maior peso relativo, na região Nordeste, concentrando 48% do total.

**Tabela 2 – Distribuição percentual da população residente, por grandes regiões, segundo a cor. Brasil – 1989**

| | Branca | Parda | Preta | Negra |
|---|---|---|---|---|
| Norte | 1,6 | 6,2 | 1,0 | 5,6 |
| Nordeste | 15,2 | 49,9 | 30,2 | 47,6 |
| Sudeste | 53,8 | 30,1 | 54,1 | 32,9 |
| Sul | 23,0 | 5,4 | 10,4 | 5,9 |
| Centro-Oeste | 6,4 | 8,4 | 4,3 | 7,9 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: IBGE. Anuário Estatístico do Brasil.-AEB91.

Existem inúmeros trabalhos que estudam as diferenças sócio-econômicas em conformidade com a raça. Serão dados aqui somente alguns exemplos que ilustram as condições desvantajosas em que vive a população negra.

Quando se faz comparação da inserção no mercado de trabalho segundo a cor das pessoas e, por conseguinte, o nível de renda, constata-se – na avaliação de Singer (1995) – que os homens brancos ganham em média quatro vezes mais do que as mulheres negras. Segundo Singer, o analfabetismo, a ausência de escolaridade e o trabalho infantil, definidores de pobreza, "são condicionados por atributos pessoais como gênero, cor e região de residência".

O fato de crescer sem escola condiciona a futura inserção no mercado formal de trabalho, além de ser indicador relevante para condicionar a expectativa e qualidade de vida tanto das crianças como dos adultos. Demostrou-se empiricamente em vários trabalhos que os negros no Brasil, em comparação com os brancos, mostram desvantagens sistemáticas na mobilidade social intergeneracional e no mercado de trabalho.

Apesar de os indicadores sócio-econômicos mostrarem o desenvolvimento do País, parece que as diferenças entre raças permaneceram ou se acentuaram. Diante desta constatação, basta mencionar que, de acordo com dados da PNAD 89, do total de domicílios particulares com rede geral de abastecimento de água, 63% eram de moradores brancos e 37% de negros. Do total com poço ou nascente sem canalização interna, 69% eram de moradores negros e 31% de brancos. Outro indicador importante diz respeito à condição de ocupação dos domicílios: 58% eram próprios para os brancos, caindo para 40%, tratando-se de donos negros.

As estatísticas sobre educação, provenientes da mesma fonte de dados, indicam que, do total de pessoas com dez anos ou mais, 38% sem instrução se autodeclaram brancos, percentagem que sobe para 62% no caso dos negros. Quando se analisa a categoria de oito anos ou mais de estudo, as diferenças acentuam-se: 75% são brancos e só 25% da população negra alcançam esse nível de instrução.

## MORTALIDADE E RAÇA

### MORTALIDADE INFANTIL

Visando tornar possível a análise da mortalidade infantil referente a determinadas características da população em estudo – todas disponíveis na mesma fonte de dados, os censos demográficos –, a estimativa desta variável demográfica efetuou-se através da técnica indireta proposta por Brass (1975), variante Trussell. Para todas as análises foram utilizadas tabulações especiais, já que as publicações não ofereciam o nível de desagregação necessário.

É preciso esclarecer que, ao considerar os dados do Censo de 1960, por estes não cobrirem a totalidade dos estados como conseqüência de problemas na apuração dos mesmos, trabalhou-se com a soma dos registros disponíveis na FIBGE, ficando excluídos das análises os estados da região Norte, Maranhão, Espírito Santo, Piauí, Guanabara e Santa Catarina, fato que representa a perda de 20,4% do total de mulheres de 15 anos e mais. Para tornar comparáveis as estimativas derivadas do Censo de 1960, foram feitas duas apurações para 1980. A primeira, retirando as unidades não disponíveis em 1960 e a segunda, com a totalidade dos registros do País, quando se apresentam somente dados referentes a 1980.

Com relação ao problema da validade dos dados censitários sobre a composição racial, pode-se dizer, mesmo reconhecendo a simplificação da classificação de pessoas em quatro categorias, que o método de escolha fechada é suficientemente confiável para ser utilizado na coleta de dados (Oliveira, Porcaro & Costa, 1981).

**Tabela 3 – Mortalidade infantil (por mil), segundo a cor da mãe. Brasil – 1960-1980**

| | Branca | Parda | Preta | Negra | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1960 | 105 | 151 | 140 | 148 | 122 |
| 1980 | 17 | 105 | 102 | 105 | 89 |
| 1980* | 76 | 96 | 103 | 96 | 87 |

Fonte: Tabulações especiais. Censos Demográficos de 1960 e 1980.
* Corresponde ao total das Unidades da Federação.

Como se observa na Tabela 3, a mortalidade dos menores de um ano decresceu 27% nos vinte anos considerados, independentemente da cor declarada pelas mães. Segundo os dados de 1960, já existiam marcadas diferenças nos níveis dependendo da cor. Os filhos de mães brancas estavam sujeitos a uma mortalidade 41% menor com relação à correspondente aos filhos de mulheres negras. Apesar de, entre 1960 e 1980, a categoria parda apresentar a maior redução no nível de mortalidade infantil (31%), somente em 1980 esta assume o patamar que os brancos possuíam vinte anos antes.

Outro fato que deve ser salientado refere-se às diferenças nos valores achados para os subgrupos preto e pardo com os dados totais de 1980, e 1980 comparável com 1960. Só neste último caso, quando não foi possível considerar dez unidades da Federação, observa-se sobremortalidade dos menores de um ano pardos, quando comparados com os pretos.

As estimativas da Tabela 3 indicam as desigualdades nas taxas de mortalidade infantil segundo a cor declarada pela mãe, assim como a persistência das desigualdades raciais nos vinte anos considerados.

Uma vez encontradas estas diferenças nos níveis de mortalidade de acordo com a raça, surge outra indagação que se planteia como hipótese. Pode-se supor que a raça negra apresenta sistematicamente os níveis mais altos de mortalidade por ser a raça que se encontra, historicamente, em situação de desvantagem nas posições sócio-econômicas. Mas, essas diferenças persistem ou desaparecem quando controlamos os condicionantes sociais e econômicos?

Foi a partir desta pergunta que foram trabalhados os dados originais, montando tabulações especiais em conformidade com características reconhecidas como condicionantes da mortalidade: nível de instrução da mãe, categoria sócio-ocupacional e renda média mensal do chefe da família.

**Tabela 4 – Percentagem de mulheres de 15 a 49 anos, segundo a cor e nível de instrução. Brasil – 1980**

| | Branca | Parda | Preta | Negra | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| s/instrução | 14 | 35 | 36 | 35 | 23 |
| 1 - 3 Anos | 19 | 23 | 24 | 23 | 20 |
| 4 - 7 Anos | 37 | 29 | 30 | 29 | 34 |
| 8 ou + Anos | 30 | 13 | 10 | 13 | 23 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: Tabulações especiais. Censo Demográfico de 19[illegible]).

Utilizando a variável nível de instrução das mulheres em idade fértil, ficou evidente a desigualdade dos grupos pardo e preto quando comparados ao grupo branco, com relação às possibilidades de incorporação no sistema educativo formal. Enquanto as mulheres brancas aumentam sua participação relativa à medida que se eleva o nível de instrução, as pretas e pardas apresentam maior proporção (mais de 58%) nas categorias que não têm instrução ou que não completaram o ciclo primário. Este panorama educacional reflete-se na mortalidade dos filhos menores de um ano destas mulheres.

Com base na observação dos dados contidos na Tabela 5, destaca-se o decréscimo do nível da mortalidade infantil à medida que a mãe atinge patamares superiores de instrução, mostrando mais uma vez que esta variável é um dos condicionantes da mortalidade de seus filhos.

**Tabela 5 – Mortalidade infantil (por mil), segundo declaração de cor e instrução da mãe. Brasil – 1980**

| | Branca | Parda | Preta | Negra | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| s/instrução | 95 | 110 | 120 | 112 | 107 |
| 1- 3 Anos | 85 | 93 | 101 | 94 | 90 |
| 4 -7 Anos | 69 | 84 | 86 | 84 | 76 |
| 8 ou + Anos | 57 | 70 | 82 | 71 | 62 |

Fonte: Tabulações especiais. Censo Demográfico de 1980.

É necessário ressaltar o comportamento da mortalidade dos filhos menores de um ano das mulheres pardas, quando comparado com o da mortalidade dos filhos de mulheres brancas. Os primeiros alcançam níveis similares aos segundos, com defasagem sistemática de uma categoria superior de instrução. Por exemplo: os pardos com 'primário incompleto' apresentam níveis próximos aos brancos 'sem instrução'; os pardos com 'primário completo' com valores parecidos aos dos brancos com 'primário incompleto' e assim sucessivamente.

O comportamento dos filhos de mulheres pretas apresentam níveis próximos, mas sempre superiores aos dos pardos, alcançando sua maior redução na passagem 'sem instrução' para 'primário completo'.

Com relação à distribuição das três subpopulações nas diferentes posições sócio-econômicas, vários estudos sobre o tema informam que, como conseqüência do processo histórico nacional desde a escravatura até o presente, a questão da mão-de-obra negra vincula-se à problemática do trabalho marginal, precário e

temporário. Também se sabe das dificuldades que os negros encontram nas tentativas de superar o nível de pobreza por meio do trabalho, embora entrem no mercado muito mais precocemente que os brancos. São eles os que ocupam as posições menos qualificadas e apresentam a pior posição relativa com relação ao desemprego aberto e encoberto.

Por não poder operacionalizar o conceito de 'classe social' devido à natureza do instrumento de coleta de dados – censos demográficos –, que é somente quantitativo e não aborda aspectos qualitativos, far-se-á referência a partir de agora à posição sócio-econômica, o que permitirá distribuir a população com base na sua inserção no mercado de trabalho.

Foi operacionalizado em primeiro lugar o índice 'categoria sócio-ocupacional' considerando-se um nível de agregação maior que o proposto por Jorge Angela et al. (1984) e que utiliza três indicadores: 'posição na ocupação', 'ocupação principal' e 'setor de atividade'.

As categorias são: empregador; trabalhadores em ocupações não manuais; trabalhadores em ocupações manuais urbanas; trabalhadores em ocupações manuais rurais; não economicamente ativos.

Considerou-se a família como unidade, como sede onde se efetua a distribuição da renda com a finalidade de consumir bens e serviços, seja pelos membros da família ativos, seja pelos inativos, em geral sobre a autoridade da pessoa reconhecida como chefe, independentemente do sexo.

**Tabela 6 – Mortalidade infantil (por mil), segundo declaração de cor da mãe e categoria sócio-ocupacional do chefe de família. Brasil – 1980**

| | Branca | Parda | Preta | Negra | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| empregador | 52 | 71 | 85 | 68 | 56 |
| trabalhador em ocupações não-manuais | 60 | 72 | 84 | 73 | 66 |
| trabalhador em ocupações manuais urbanas | 77 | 93 | 101 | 94 | 86 |
| trabalhador em ocupações manuais rurais | 80 | 99 | 106 | 99 | 92 |
| não-economicamente ativo | 93 | 107 | 102 | 106 | 100 |

Fonte: Tabulações especiais. Censo Demográfico de 1980.

A partir dos critérios adotados foi possível calcular a mortalidade infantil dos filhos das mães classificadas segundo a cor e a categoria sócio-ocupacional do chefe da família a que esta pertence, excluindo as que realizam tarefas domésticas e moram no mesmo domicílio que o empregador.

O comportamento dos valores contidos na Tabela 6 é o esperado de acordo com as hipóteses levantadas, dependendo do estrato sócio-econômico do chefe da família; quanto melhores forem as condições de trabalho, menor será a mortalidade dos filhos integrantes dessas famílias.

As categorias com melhores condições de vida, relativas a 'empregadores' e 'trabalhadores não-manuais', experimentam os menores níveis, independentemente da cor declarada pelas mães. Em contraposição, os chefes de família catalogados como trabalhadores em ocupações manuais rurais estão sujeitos a um nível de mortalidade dos filhos 40% superior aos daqueles classificados como empregadores.

Quando se compara as subpopulações por cor, observa-se a mesma tendência mas com variações nos níveis, sendo os mais altos no caso dos negros e os menores para os filhos de mulheres brancas.

Trabalhando com o pressuposto de que a renda é o que permite a aquisição de bens e serviços básicos que condicionam a qualidade de vida da força de trabalho, analisaram-se os fatores raciais diferenciais nas condições de trabalho e seu reflexo nos níveis de renda da população economicamente ativa negra e branca.

**Tabela 7 – Percentagem de mulheres de 15 a 49 anos, segundo declaração de cor e renda média mensal do chefe de família. Brasil – 1980**

| | Branca | Parda | Preta | Negra | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| até 1 sal. mínimo | 23 | 44 | 47 | 45 | 32 |
| 1-5 sal. mínimos | 54 | 48 | 49 | 49 | 51 |
| 5 e mais sal. mínimos | 23 | 7 | 4 | 6 | 16 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: Tabulações especiais. Censo Demográfico de 1980.

Mais de 80% dos chefes economicamente ativos declararam receber mensalmente até cinco salários mínimos, percentagem que se eleva a mais de 90% para os pretos e pardos. Outro fato a destacar é que, do total de mulheres em idade fértil, pretas e pardas, quase 50% pertencem a famílias com chefes que ou não

recebem renda ou recebem até um salário mínimo, fato que as faria viver em estado de 'absoluta pobreza'. Esta percentagem diminui para a metade quando se trata de mulheres brancas.

O caso oposto reafirma esta desigualdade: 23% das mulheres brancas pertencem a famílias com chefes que recebem mais de cinco salários mínimos, o que representa por sua vez o melhor padrão, sendo que esta percentagem é de apenas 4% entre os pretos.

A situação precária de vida da população que se insere na atividade econômica, percebendo os menores níveis de salários implicaria, segundo a Tabela 8, uma sobremortalidade dos menores de um ano integrantes dessas famílias.

**Tabela 8 – Mortalidade infantil (por mil), segundo declaração de cor das mães e renda média mensal do chefe de família. Brasil – 1980**

| | Branca | Parda | Preta | Negra | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| até 1 sal. mínimo | 92 | 93 | 119 | 99 | 98 |
| 1-5 sal. mínimos | 74 | 86 | 99 | 87 | 80 |
| 5 e mais sal. mínimos | 51 | 85 | * | 83 | 59 |

Fonte: Tabulações especiais. Censo Demográfico de 1980.
* Número insuficiente de casos.

Verifica-se um diferencial na mortalidade infantil com relação ao nível de renda do chefe da família com patamares distintos, dependendo também do grupo de cor. Entre a melhor e pior condição de salário, os filhos de mulheres brancas apresentam diferença de 41 óbitos por mil, enquanto, para os negros, essa diferença é de 16 mortes de menores de um ano para cada mil nascidos vivos.

## MORTALIDADE ADULTA FEMININA

Para cumprir com o objetivo de mapear os níveis da mortalidade adulta feminina, o universo considerado foi o Brasil e as grandes regiões. As tabulações especiais foram elaboradas a partir da leitura da fita de 25% do Censo Demográfico de 1980, que continha as informações de um total de pessoas de 15 a 54 anos com e sem declaração de orfandade materna por grupo qüinqüenal de idade; total de nascimentos ocorridos no ano anterior ao censo por idade da mãe,

subdividindo, por sua vez, a população segundo a declaração de cor e lugar de residência. O método aplicado foi o desenvolvido por Brass & Hill (1973).

A análise da Tabela 9 é ilustrativa dos diferenciais nos níveis da mortalidade adulta por cor nas sete probabilidades calculadas. Assim, em todos os casos, a população feminina preta apresenta sistematicamente menores probabilidades de sobrevivência do que as mulheres classificadas como brancas – que representam posição relativa mais vantajosa – e do que as pardas.

**Tabela 9 – Probabilidade de as mulheres que atingem 25 anos sobreviverem até a idade (x), segundo a cor. Brasil – 1980**

| Idade (x) | Branca | Parda | Preta | Negra | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 45 | 0,9531 | 0,9359 | 0,9056 | 0,9320 | 0,9434 |
| 50 | 0,9245 | 0,8954 | 0,8591 | 0,8904 | 0,9099 |
| 55 | 0,8860 | 0,8435 | 0,7872 | 0,8355 | 0,8653 |
| 60 | 0,8330 | 0,7715 | 0,7077 | 0,7625 | 0,8040 |
| 65 | 0,7503 | 0,6892 | 0,6120 | 0,6778 | 0,7202 |
| 70 | 0,6381 | 0,5750 | 0,4837 | 0,5611 | 0,6063 |
| 75 | 0,4996 | 0,4435 | 0,3750 | 0,4323 | 0,4732 |

Fonte: Tabulações especiais. Censo Demográfico de 1980.

É interessante observar que este padrão diferencial da mortalidade adulta por cor reproduz a mesma situação registrada para a mortalidade infantil: são os filhos de mães pretas os que sofrem a maior mortalidade em oposição aos de mães brancas.

Outro fato que é necessário ressaltar diz respeito aos diferenciais por cor que vão aumentando na medida em que aumenta o tempo de exposição ao risco de morte. Na probabilidade de sobreviver entre 25 e 45 anos, a diferença entre as mulheres catalogadas como brancas e pretas – casos extremos – é de 5% passando a 7% e 11% no caso dos grupos de 25 a 50 e de 25 a 55 anos, respectivamente. A partir dessa idade continuam acentuando-se os diferenciais de maneira significativa até alcançar 25% no último grupo trabalhado, que representa a probabilidade de sobreviver entre 25 e 75 anos para a população feminina. O mesmo fenômeno observa-se, com valores percentuais menores, entre as brancas e pardas. Assim a diferença entre as probabilidades dessas duas subpopulações varia de 2% no primeiro grupo etário e 11% no último grupo considerado.

**Tabela 10 – Probabilidade de as mulheres que atingem 25 anos sobreviverem até 65 anos, segundo a cor. Brasil e grandes regiões – 1980**

| | Branca | Parda | Preta | Negra | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Norte | 0,7138 | 0,6709 | 0,6398 | 0,6693 | 0,6787 |
| Nordeste | 0,7688 | 0,7183 | 0,6684 | 0,7133 | 0,7284 |
| Sudeste | 0,7506 | 0,6695 | 0,5851 | 0,6502 | 0,7195 |
| Sul | 0,7490 | 0,6244 | 0,5824 | 0,6141 | 0,7293 |
| Centro-Oeste | 0,7054 | 0,6406 | 0,5760 | 0,6344 | 0,6718 |
| BRASIL | 0,7503 | 0,6892 | 0,6120 | 0,6778 | 0,7202 |

Fonte: Tabulações especiais. Censo Demográfico de 1980.

Ao se trabalhar no nível regional, poder-se-ia supor que as diferentes estruturas por raça e condições de vida da população, em cada uma das cinco regiões, deveriam implicar diferentes patamares de mortalidade adulta feminina, mantendo-se, no entanto, o quadro desvantajoso para as mulheres classificadas como negras.

Para verificar a existência de diferenças que refletissem mecanismos de discriminação sobre a qualidade de vida e, por conseguinte, acerca das condições gerais de saúde, foram examinados os dados da Tabela 10, que expressam as probabilidades condicionais de sobrevivência.

Como foi comentado anteriormente, para o Brasil este indicador reflete um quadro discriminatório em relação à saúde feminina, já que as declaradas como brancas registram maior probabilidade de sobrevivência, 75% contra 68% das negras. No nível regional, seria de se esperar que esses valores diminuíssem nas áreas de residência que apresentassem menor grau de desenvolvimento. No Norte e Centro-Oeste esta hipótese é perfeitamente comprovada; contudo, chama a atenção o fato de que, no Nordeste, essas probabilidades alcancem valores muito próximos aos das regiões Sudeste e Sul, o que não corresponde às expectativas.

Antes de tentar entender esta aparente incoerência, dever-se-ia frisar que, como se sabe, a maior parte dos diferenciais regionais de mortalidade seriam explicados pelo comportamento desta variável nas idades extremas – velhos e, principalmente, crianças – e não nas idades centrais, ou seja, que de fato a mortalidade adulta não deveria apresentar grandes variações.

Contudo, algumas considerações poderiam ser feitas no sentido de tentar entender a quase inexistência de diferenças entre o Nordeste e as áreas mais industrializadas do País:

- Como os indicadores de mortalidade foram estimados a partir dos dados censitários, poderia existir um diferencial regional com relação à qualidade da informação básica, o que implicaria problemas nas estimativas, principalmente no Nordeste, provocando, portanto, as semelhanças observadas.

- Deve-se considerar que o indicador utilizado, sendo uma probabilidade condicional de sobrevivência das mulheres a partir de 25 anos, desconsidera a mortalidade das mulheres nas idades mais jovens, nas quais os riscos de mortalidade materna podem incrementar-se. Além disso, não se pode esquecer que é na faixa de 20 a 24 anos onde, em geral, registra-se a mais alta taxa de fecundidade, o que equivale a dizer que é neste grupo etário em que se concentra boa parte dos nascimentos durante o período fértil da mulher e, portanto, onde os casos de mortalidade materna poderiam ocorrer com mais freqüência.[1]

- Não obstante as aparentes inconsistências nos diferenciais regionais, o mais importante é destacar os diferenciais registrados por cor. Numa análise intra-regional, constata-se que, sistematicamente, as mulheres classificadas como pretas registram as menores probabilidades, e as brancas, com valores que variam de 71 a 77%, experimentam a situação mais favorável.

No que tange ao comportamento dentro das regiões, mantém-se o mesmo quadro discriminatório com relação às mulheres negras, mas com algumas variações significativas em cada uma delas. Assim, na região Nordeste, a diferença entre as mulheres negras e brancas alcança 8%, representando o quadro de maior discriminação. Entretanto, na região Sul, essa mesma diferença entre as probabilidades atinge 3%, caracterizando a região como a de menor desigualdade das condições gerais de saúde entre as brancas e as afro-brasileiras.

---

[1] Note-se que aqui não se está referindo a intensidade de mortes maternas, que tende a ser maior nas mulheres bem mais jovens e muito mais velhas, em idade fértil. Contudo, ao não considerar este grupo etário (20 a 24 anos), no qual a fecundidade se concentra com maior intensidade, pode-se deixar de captar os diferenciais de mortalidade materna (e, portanto, adulta) entre regiões, simplesmente porque grande parte das mulheres que estariam tendo filhos – logo, correndo riscos – foram ignoradas.

## COMENTÁRIOS FINAIS

A evolução histórica dos níveis da mortalidade geral, infantil e adulta feminina, apresenta marcados progressos à medida que o Brasil alcança níveis mais altos de industrialização, urbanização, saneamento básico etc., com declínio acentuado desde 1960 até nossos dias.

Entretanto, este declínio não se percebe de forma homogênea nos grupos sociais, no tempo e no espaço, podendo identificar-se desigualdades significativas em distintos períodos e áreas geográficas. Vários trabalhos dão conta do comportamento diferencial na tendência de decréscimo, identificando períodos de altos e baixos nas distintas regiões do país.

Este trabalho traz o aporte das técnicas demográficas para acrescentar a discriminação racial neste contexto geral com relação aos diferenciais de mortalidade infantil e das mulheres segundo a declaração de cor. Apesar das dificuldades encontradas, na utilização dos procedimentos indiretos referentes aos supostos e à qualidade dos dados básicos, as técnicas de sobrevivência de filhos e de orfandade materna fornecem indicação satisfatória dos níveis de mortalidade infantil e adulta feminina.

Esta constatação, somada ao fato de que os atestados de óbitos no Brasil não registram a variável cor, justifica por si a utilização tanto da técnica como da fonte de dados como única alternativa válida para os estudos da mortalidade e da discriminação racial. Assim, obtiveram-se estimativas que constatam a sobremortalidade de filhos menores de um ano de mães negras, e de mulheres adultas negras com relação às brancas.

Observou-se, para o Brasil em seu conjunto, a posição de desvantagem relativa da população declarada como preta com relação à parda e branca quanto à incorporação no sistema educativo formal e na estrutura produtiva, dada a grande concentração desse grupo nos níveis sem instrução, em ocupações consideradas como de menor classificação da mão-de-obra – trabalhadores manuais – e, conseqüentemente, com menores rendimentos.

Para o País, observou-se redução de 27% nos níveis de mortalidade dos menores de um ano desde 1960 até 1980, mostrando diferenças importantes entre as subpopulações classificadas em conformidade com a cor declarada. Essas diferenças apresentam-se mais acentuadas em 1960, quando os filhos de mães brancas estavam sujeitos a uma mortalidade 41% menor com relação aos filhos de mães negras.

No caso da mortalidade adulta feminina constatou-se, que as probabilidades de sobreviver das mulheres entre 25 e 75 anos, classificadas como brancas, são sistematicamente maiores do que das mulheres negras. É interessante assinalar também que esta sobremortalidade aumenta à medida que se analisam os dados através do tempo. Em menores níveis de mortalidade adulta feminina, maiores perdas são constatadas entre as mulheres negras.

As conclusões apresentadas neste primeiro mapeamento colocam vários desafios para futuras pesquisas sobre o tema. Considera-se fundamental acrescentar outros indicadores sócio-econômicos e a utilização de técnicas multivariadas de maneira a integrar os efeitos das distintas variáveis reconhecidas como condicionantes da mortalidade.

Em segundo lugar, por existir um grande vazio na literatura, é preciso estudar os perfis de mortalidade infantil e adulta feminina por causas, assim como a morbidade conforme a cor da população, com base em dados de fontes secundárias. Neste sentido, é inegável a necessidade de se estudarem mais e melhor determinadas patologias e/ou condições biológicas que estão presentes em uma raça e não em outras. Como exemplo, podem-se citar as diferentes prevalências de algumas doenças genéticas como: hipertensão arterial, diabete melito, anemia falciforme, albinismo (forma tirosinase-positiva), deficiência de lactase e malformações congênitas etc.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEOZZO, J. *Situação do Negro na Sociedade Brasileira.* Petrópolis: Vozes, 1984.

BERQUÓ, E. Algumas considerações sobre o perfil demográfico dos negros no Brasil. *Novos Estudos CEBRAP*, 21:74-84, jul. 1988.

BERQUÓ, E. Algumas considerações sobre os negros no Brasil, 1990. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESIGUALDADE RACIAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO. Belo Horizonte, 1990.

BRASS, W. et al. *The Demography of Tropical Africa.* Princeton: Princeton University Press, 1968.

BRASS, W. & HILL, K. Estimating adulte mortality from orphanhood. In: PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE. Iussp, Liège: 1973.

CEBRAP/FUNDAÇÃO MACARTHUR/NOVIB. Alcances e limites da predisposição biológica. *Cadernos de Pesquisa CEBRAP*, 2, jul. 1994.

CUNHA, E. M. G. P. O quadro de discriminação racial da mortalidade adulta feminina no Brasil. In: VII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. Anais. Abep, 1990.

CUNHA, E. M. G. P. Mortalidade infantil segundo cor: os resultados da PNAD 84 para o Nordeste. In: IX ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. Anais. Abep, 1994

FONTAINE, P. M. (Ed.) *Race, Class and Power in Brazil*. Los Angeles: University of California, Center for Afro-American Studies, 1985.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - (IBGE). Anuário Estatístico do Brasil - AEB. Rio de Janeiro, 1991.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (IBGE), PNAD, 14(1). Rio de Janeiro, 1990.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, (IBGE). Estatísticas da Saúde. Assistência Médico-Sanitária. Rio de Janeiro, 1988. v. 13.

GARCÍA, E. M. *Mortalidade Infantil da População Negra Brasileira*. Campinas: Unicamp/Nepo, 1987. Texto Nepo, 11, p. 104-128.

HILL, K. & TRUSSEL, J. Further Developments in Indirect Mortality Estimation. *Population Studies*, 2, 1975

JORGE ANGELA, F. et al. Categorias Sócio-ocupacionais: uma perspectiva para análise da força de trabalho e da distribuição de rendimentos no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, IV, 1984. Anais. v. 1. São Paulo: Abep, 1984.

OLIVEIRA, L; PORCARO, R. & COSTA, T. *O Lugar do Negro na Força de Trabalho*. Rio de Janeiro: IBGE, 1981.

SINGER, P. Radiografia da "Democracia Racial Brasileira". In: *Racismo Cordial*. Datafolha/Folha de São Paulo. São Paulo, 1995.

TAMBURO, E. M. G. Desiguais perante a morte. In: LOVELL, P. A. (Org.) *Desigualdade Racial no Brasil Contemporâneo*. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 1991. p. 295-308.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND/INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (UNICEF/IBGE). *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: aspectos sócio-econômicos da mortalidade infantil em áreas urbanas*. Rio de Janeiro, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (UNICEF). *Situação Mundial da Infância*. Brasília, 1988.

WOOD, C. Categorias censitárias e classificações subjetivas de raça no Brasil. In: LOVELL, Peggy A. (Org.) Desigualdade Racial no Brasil Contemporâneo. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 1991. p. 93-111.

WOOD, C. & CARVALHO, J. A. *A Demografia da Desigualdade no Brasil*. Ipea, Série PNPE, 27, 1994.

13

# ESTERILIZAÇÃO E RAÇA EM SÃO PAULO

*Elza Berquó*

*Há uma rede familiar e social envolvida no processo de difusão da esterilização que permeia gerações, raças e classes sociais e que pode ser caracterizada como uma 'cultura' da esterilização.*

Séria polêmica envolve a questão da esterilização feminina em nosso país. De um lado estão representantes de alguns segmentos dos movimentos negros que acreditam tratar-se de uma política para reduzir o crescimento da população negra. Pesquisas realizadas mostram, por outro lado, não haver diferença estatística entre as taxas de esterilização de mulheres negras e brancas.

Mais freqüente, a princípio, entre mulheres de estratos mais favorecidos, esta prática difundiu-se nos últimos anos, atingindo os estratos mais pobres da população. Na falta de outras opções contraceptivas, dada a quase total ausência de serviços públicos de atendimento de saúde reprodutiva, as mulheres mais pobres, em sua maioria negras, acabam por recorrer à ligadura tubária como forma de regular a fecundidade.

O presente trabalho pretende ser mais uma contribuição ao debate desta questão controversa.

## O CENÁRIO DA ANTICONCEPÇÃO, POR COR, EM SÃO PAULO NOS ANOS 80

Uma visão geral da regulação da fecundidade no Brasil aponta para o uso elevado de métodos anticonceptivos. Os últimos dados oficiais de cobertura nacional de que se dispõe datam de 1986 (IBGE, 1986) e indicam prevalência de uso de 70% para mulheres na idade reprodutiva casadas ou unidas; independentemente do estado conjugal, este percentual alcança 43%. Esta elevada prevalência resulta da oferta de reduzidíssimo leque de alternativas contraceptivas, que se concentram nos hormonais orais e na esterilização feminina. De fato, juntas, estas duas alternativas respondem por 85% do uso da contracepção para mulheres em idade fértil, cabendo à esterilização 44%, e 41% aos métodos hormonais. A prática contraceptiva varia conforme as regiões do País, mas a concentração apenas nestes dois métodos é a regra, com maior ou menor intensidade, em quase todas as unidades da Federação.

No Estado de São Paulo, a prevalência de uso de métodos contraceptivos observada foi de 68%, cabendo à pílula e à esterilização, respectivamente, 40% e 39%. Na Grande São Paulo a situação mostrava-se similar: 67% das mulheres em idade reprodutiva eram usuárias de meios anticonceptivos, das quais 41% recorriam à pílula e 39% eram esterilizadas.

A Tabela 1 apresenta os resultados da anticoncepção para o Estado de São Paulo, a Grande São Paulo e o Interior, segundo a cor da entrevistada.[1]

**Tabela 1 – Prevalência de uso de métodos anticoncepcionais para mulheres unidas, em idade reprodutiva, segundo a cor. 1986**

| Uso e método usado | Estado de São Paulo | | Grande São Paulo | | Interior | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Brancas | Negras | Brancas | Negras | Brancas | Negras |
| Usam | 70,1 | 61,4 | 68,7 | 62,7 | 71,4 | 59,6 |
| Pílula | 27,2 | 31,0 | 25,6 | 35,6 | 28,7 | 23,9 |
| Esterilização | 27,9 | 22,2 | 30,5 | 18,7 | 25,5 | 27,7 |
| Outros | 14,9 | 8,2 | 12,5 | 8,3 | 17,2 | 8,0 |
| Não Usam | 29,9 | 38,6 | 31,3 | 37,3 | 28,6 | 40,4 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fonte: Morell (1994).

[1] 'Negra' corresponde à reunião de parda e preta, segundo o critério de auto-identificação usado no censo demográfico e PNAD'S.

Vale destacar que 22% da população feminina unida de 15 a 49 anos do Estado se auto-declaram negras e que, deste contingente populacional, 60% encontram-se na Grande São Paulo e 40% no interior do Estado (IBGE, 1986).

Observa-se na Tabela 1 que é sempre maior para as brancas a prevalência de uso de anticoncepcionais. Na Grande São Paulo, a esterilização feminina supera o uso de pílula para as brancas e é superada por esta para as negras. Além disso, a proporção de esterilizadas – 30,5% – é superior para as brancas, em contraste com os 18,7%.

Quando se passa para as moradoras do interior, cresce a prevalência de uso para as brancas (71,4%) e declina esta prática para as negras (59,6%), quando confrontada com a situação na Grande São Paulo. Altera-se também a posição relativa da esterilização com a pílula. Esta última é mais freqüente que a esterilização, para mulheres brancas, dando-se o oposto para as negras. Para estas, é ligeiramente maior (27,7%) a proporção de esterilizadas.

A maior presença da esterilização entre brancas na Grande São Paulo mantém-se sistematicamente para todos os níveis de instrução, como se verifica na Tabela 2.

Várias conclusões emanam desta Tabela 2. Em primeiro lugar, ter entre um a três anos de escolaridade leva a aumento significativo no uso de algum método para evitar filhos, e isto é ainda mais notável para mulheres negras. A partir deste nível, tal uso se estabiliza, em média, em 67% para os dois grupos de mulheres.

Em segundo lugar, a recorrência à esterilização diminui para todas as mulheres à medida que aumenta o nível de escolaridade, a partir de um a três anos de instrução; em contraposição, cresce o uso da pílula e de outros métodos.

Finalmente, a proporção de esterilizadas, entre as usuárias de algum método anticoncepcional, de cor branca, cai de 55% para 29% nos extremos do gradiente de escolaridade, passando, na seqüência, pelos valores 51%, 53% e 45%. Ou seja, até quatro anos de escolaridade esta proporção fica em um mesmo patamar, por volta de 53%, para então cair a 45% no grupo com cinco a oito anos de escolaridade, e declinar mais, até 29%, para as mais instruídas. No que diz respeito às negras, esta proporção varia de 52% a 20% nos extremos deste gradiente, passando por 33%, 30% e 19% nos níveis intermediários. Ou seja, há também três níveis da prevalência de esterilização entre usuárias, porém, correspondendo a graus distintos de escolaridade relativamente às mulheres brancas. O nível mais alto corresponde às sem instrução (52%), que sofre queda significativa entre as mulheres negras com um a três e quatro anos de escolaridade, atingindo a média de 31%, para cair novamente a 20% a partir de cinco a oito anos de escolaridade.

**Tabela 2 – Prevalência de uso de métodos anticoncepcionais por escolaridade e cor. Mulheres unidas de 15 a 49 anos. Grande São Paulo – 1986**

| Anos de escolaridade | Uso e métodos usados | Cor | |
|---|---|---|---|
| | | Brancas | Negras |
| Sem instrução e menos de 1 ano | Usam | 62,9 | 40,9 |
| | Pílula | 18,7 | 15,6 |
| | Esterilização | 34,5 | 21,2 |
| | Outros | 9,7 | 4,1 |
| | Não usam | 37,1 | 59,1 |
| De 1 a 3 anos | Usam | 72,2 | 65,4 |
| | Pílula | 22,1 | 37,2 |
| | Esterilização | 36,7 | 21,9 |
| | Outros | 13,4 | 6,3 |
| | Não usam | 27,8 | 34,6 |
| 4 anos | Usam | 69,4 | 64,1 |
| | Pílula | 22,9 | 35,2 |
| | Esterilização | 36,8 | 19,3 |
| | Outros | 9,6 | 9,6 |
| | Não usam | 30,6 | 35,9 |
| 5 a 8 anos | Usam | 66,8 | 67,2 |
| | Pílula | 30,7 | 43,2 |
| | Esterilização | 29,7 | 12,6 |
| | Outros | 6,5 | 11,4 |
| | Não usam | 33,2 | 32,8 |
| 9 ou mais anos | Usam | 68,6 | 67,6 |
| | Pílula | 27,3 | 43,0 |
| | Esterilização | 20,2 | 13,4 |
| | Outros | 21,1 | 11,3 |
| | Não usam | 31,4 | 32,4 |

Fonte: Morell (1994).

## A SITUAÇÃO ATUAL DA ANTICONCEPÇÃO, POR COR, EM SÃO PAULO

A Pesquisa Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, promovida pelo CEBRAP, permite atualizar a situação da anticoncepção por cor. Realizada em 1992, no município de São Paulo, mediante amostra por cotas, incluiu 1.026 mulheres entre 15 e 50 anos, metade negras e metade brancas. Vale notar que, no sentido de garantir bom resultado nas entrevistas domiciliares, entrevistada e entrevistadora eram autodeclaradas da mesma raça.

A prevalência de uso de métodos anticoncepcionais encontrada foi de 73% e 81% para negras e brancas, respectivamente. O uso de algum meio para evitar gravidez na época da entrevista continua superior para as mulheres brancas, mas, quanto aos métodos usados, observa-se regularidade entre os dois grupos no que se refere àqueles altamente eficazes (Tabela 3). Com efeito, 48,7% das brancas e 43,5% das negras estavam usando no momento a pílula, ou se submeteram à esterilização ou seus maridos estavam vasectomizados.

**Tabela 3 – Mulheres de 15 a cinqüenta anos usando algum método no momento da pesquisa, por cor. São Paulo – 1992**

| Uso e métodos usados | Brancas | Negras |
|---|---|---|
| Usam | 63,2 | 53,4 |
| Pílula | 24,0 | 20,9 |
| Esterilização | 22,0 | 20,1 |
| Vasectomia | 2,7 | 2,5 |
| Condom | 4,3 | 2,9 |
| Métodos naturais | 3,9 | 3,5 |
| Outros | 6,3 | 3,5 |
| Não usam | 36,8 | 46,6 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 |

Fonte: Pesquisa Saúde Reprodutiva da Mulher Negra. CEBRAP – 1992.

Isto explica por que, a despeito de recorrerem mais ao uso de anticoncepcionais do que as negras, as brancas acabam por ter praticamente o mesmo número médio de gestações (Tabela 4), isto é, 3,0 e 3,2, para aquelas alguma vez unidas, ou 2,4 e 2,4 para o conjunto de todas as mulheres, independente do estado conjugal.

A Tabela 4 chama a atenção também para a regularidade, por cor, entre as médias de filhos nascidos vivos por mulher, mostrando que, tanto para brancas quanto para negras, a estimativa de perdas fetais é da ordem de 0,6 por mulher alguma vez unida e de 0,4 para unidas e não-unidas.

**Tabela 4 – Gestações e nascidos vivos para mulheres alguma vez unidas e para todas as mulheres, segundo a idade e cor. São Paulo – 1992**

| Idade das mulheres na época da entrevista (em anos) | Gestações | | | | Nascidos Vivos | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mulheres alguma vez unidas | | Todas as mulheres | | Mulheres alguma vez unidas | | Todas as mulheres | |
| | Negras | Brancas | Negras | Brancas | Negras | Brancas | Negras | Brancas |
| 15 - 19 | 1.3 | 1,3 | 0.5 | 0,4 | 1,0 | 0,8 | 0,3 | 0.3 |
| 20 - 24 | 1,8 | 1,9 | 1,3 | 1.3 | 1,3 | 1.5 | 1.0 | 1,1 |
| 25 - 29 | 2.9 | 2,6 | 2.4 | 2.4 | 2,4 | 2,2 | 2,0 | 2,0 |
| 30 - 34 | 3.4 | 3,2 | 2,9 | 3.0 | 2,9 | 2,8 | 2.7 | 2,6 |
| 35 - 39 | 3,7 | 3,4 | 3.3 | 3,3 | 3,1 | 2.9 | 2,7 | 2,8 |
| 40 - 44 | 4.4 | 3,8 | 3.6 | 3.8 | 3.5 | 3,1 | 3,2 | 3,0 |
| 45 - 50 | 3,8 | 4.3 | 4,0 | 3.9 | 3,5 | 3,5 | 3.3 | 3,3 |
| TOTAL | 3.2 | 3,0 | 2.4 | 2.4 | 2.6 | 2.5 | 2,0 | 2.0 |

Fonte:: Saúde Reprodutiva da Mulher Negra. CEBRAP – 1992.

Levando-se em conta o nível de escolaridade das mulheres, observa-se ainda que, para cada um dos três níveis considerados, o número médio de gestações e o de nascidos vivos são praticamente iguais para brancas e negras, e maiores quanto menor seu grau de instrução (Tabela 5).

**Tabela 5 – Gestações e nascidos vivos para mulheres alguma vez unidas e para todas as mulheres, segundo o nível de escolaridade e cor. São Paulo – 1992**

| Nível de escolaridade das mulheres | Gestações | | | | Nascidos Vivos | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mulheres alguma vez unidas | | Todas as mulheres | | Mulheres alguma vez unidas | | Todas as mulheres | |
| | Negras | Brancas | Negras | Brancas | Negras | Brancas | Negras | Brancas |
| Até primário incompleto | 3,8 | 3,8 | 3,4 | 3,3 | 3,1 | 3,2 | 2,7 | 2,8 |
| Primário completo a ginásio completo | 3,2 | 2,7 | 2,4 | 2,3 | 2,6 | 2,3 | 2,0 | 1,9 |
| Colegial incompleto ou mais | 2,2 | 2,2 | 1,3 | 1,5 | 1,9 | 1,8 | 1,1 | 1,2 |
| TOTAL | 3,2 | 3,0 | 2,4 | 2,4 | 2,6 | 2,5 | 2,0 | 2,0 |

Fonte: Saúde Reprodutiva da Mulher Negra. CEBRAP, 1992.

No que se segue, concentraremos nossa atenção na esterilização. Neste sentido, é importante notar que não encontramos diferença significativa entre negras e brancas mesmo quando se controla esta prática por nível de escolaridade e renda mensal *per capita*. A Tabela 6 mostra que o valor de $\chi^2$ observado, com 1 grau de liberdade, é não-significante nas comparações entre negras e brancas, para cada um dos três níveis de escolaridade. Analogamente, a Tabela 7 revela que nenhum dos contrastes entre negras e brancas, segundo a renda mensal *per capita*, foi estatisticamente significante.

**Tabela 6 – Proporção de mulheres esterilizadas por nível de escolaridade e cor. São Paulo – 1992**

| Nível de escolaridade | Negras | Brancas | $\chi^2$ | VALORES DE P |
|---|---|---|---|---|
| Até primário incompleto | 24,6 | 20,0 | 1,082 | 30% |
| Primário completo a ginásio incompleto | 20,5 | 28,1 | 2,689 | 10% |
| Colegial incompleto ou mais | 15,2 | 18,1 | 0,526 | 40% |

Fonte: Saúde Reprodutiva da Mulher Negra. CEBRAP, 1992.

**Tabela 7 – Proporção de mulheres esterilizadas por nível de renda e cor. São Paulo – 1992**

| Renda mensal *per capita* em salários mínimos | Negras | Brancas | $\chi^2$ | VALORES DE P |
|---|---|---|---|---|
| 0 a 1/4 | 27,4 | 20,5 | 1,04 | 31% |
| 1/4 a 1/2 | 28,2 | 21,6 | 1,32 | 25% |
| 1/2 a 1 | 19,2 | 21,9 | 0,36 | 55% |
| 1 a 2 | 14,6 | 22,7 | 2,10 | 15% |
| 2 a 3 | 12,5 | 28,6 | 2,77 | 10% |
| 3 ou mais | 6,2 | 18,5 | 1,26* | 26% |

* O teste exato de Fisher, neste caso, apresentou P = 39%.

Fonte: Saúde Reprodutiva da Mulher Negra. CEBRAP, 1992.

## A 'CULTURA' DA ESTERILIZAÇÃO ESTÁ IGUALMENTE PRESENTE ENTRE MULHERES NEGRAS E BRANCAS

O recurso à esterilização segue seu curso como se já fizesse parte de um processo que leva a que, todos os anos, coortes de mulheres ponham um fim definitivo à sua capacidade reprodutiva.

A razão mais evocada para recorrerem a esta prática é a de não quererem ter mais filhos: 62,2% das negras e 61,0 das brancas. As dificuldades para criar filhos hoje em dia e o fato de já terem o número desejado de filhos representam, em conjunto, respectivamente, 80,6% e 81,3% das razões para não desejarem prole maior.

A falta de programas públicos de saúde sexual e reprodutiva que ofereçam todo um repertório de métodos anticoncepcionais e as dificuldades para adquirir hormônios, preservativos ou outros métodos reversíveis acabam por colocar as mulheres diante de uma encruzilhada: fazer laqueadura ou provocar aborto, ou prosseguir com gravidez indesejada. Daí a opção pela anticoncepção cirúrgica. Esta situação, a meu ver, é garantida pela cumplicidade que se estabelece entre as mulheres e os profissionais de saúde. Sendo a laqueadura ainda proibida pela legislação vigente, os gineco-obstetras realizam a cirurgia durante uma cesárea. Testemunham esta situação os 33,0% das negras e 31,8% das brancas que declararam ter engravidado pensando em fazer laqueadura logo após parto cesáreo, e 80% de ambos os grupos que a fizeram, de fato, na última cesárea. Mesmo sabendo da irreversibilidade de tal prática – 95% tanto de bran-

cas como de negras declararam saber disto –, 50% destas mulheres foram esterilizadas antes dos trinta anos de idade.

Alguns elementos colhidos nesta pesquisa levam a pensar em um processo de difusão da esterilização entre as mulheres, de mãe para filha, de irmã para irmã, de amiga para amiga, isto é, uma verdadeira 'cultura' de regulação da capacidade reprodutiva, através de prática definitiva.

Em primeiro lugar, constatou-se que 52% das esterilizadas eram filhas ou irmãs de esterilizadas, refletindo uma propagação inter e intrageracional. Em segundo, os 89% das esterilizadas que se declararam satisfeitas com a segurança do método, por não terem mais de se preocupar com o uso de outros meios e por já terem alcançado o número desejado de filhos, representam uma espécie de efeito-demonstração para outras mulheres. Em terceiro, a declaração de quase dois terços de mulheres de que aconselhariam outras mulheres a serem esterilizadas denota um processo de difusão desta prática.

Por fim, em termos de futuro, o fato de 39% das mulheres em união conjugal manifestarem a intenção de recorrer proximamente à esterilização – desejo este que atingiu seu máximo no grupo das mais jovens, entre 15 e 24 anos – fala no sentido de resposta à propagação desse processo de difusão.

Como pode ser observado no quadro abaixo, há regularidade marcante entre negras e brancas quanto a estes pontos, ou seja, esta chamada 'cultura' da esterilização (Berquó, 1993) está igualmente presente nestes dois segmentos populacionais:

| Situações | Negras | Brancas |
|---|---|---|
| Esterilizada é filha ou irmã de esterilizada | 54,9 | 51,4 |
| Esterilizada satisfeita com a esterilização | 87,4 | 91,2 |
| Esterilizada aconselharia outra mulher a ser esterilizada | 61,5 | 69,0 |
| Intenção de ser esterilizada | 36,4 | 41,9 |

## CONCLUINDO

Como vimos, há uma rede familiar e social envolvida no processo de difusão da esterilização, permeando gerações, raças e setores sociais. Em que pese o fato de que a prevalência de mãe e filha ou de irmãs laqueadas seja mais freqüente à medida que cresce o nível de escolaridade das mulheres, esta situação já está posta também para mulheres sem instrução.

O grau de satisfação com a esterilização foi praticamente constante nos diferentes níveis de escolaridade para as mulheres negras, aumentando discretamente com a instrução para as brancas. Por outro lado, a idade não afetou este grau, ou seja, coortes mais jovens e mais velhas o expressaram igualmente, independentemente da raça. Também o aconselhamento dado a outra mulher para fazer laqueadura não variou significantemente nem com o nível de instrução nem com a idade das esterilizadas.

Sobre a intenção de ser esterilizada, é interessante destacar que brancas e negras mais propensas são aquelas com nível médio de instrução, cabendo menor inclinação entre aquelas com maior escolaridade. Dado que esta prática cirúrgica surgiu primeiro nos estratos mais favorecidos da população, pode-se pensar que os setores médios abrigam, agora, o que já foram os desejos da classe dominante.

Embora esta intenção diminua com a idade, ainda assim 30% das mulheres na faixa de 35 a 50 anos alimentam o desejo de se esterilizar, valor que parece elevado quando se leva em conta que as chances de engravidar já são declinantes nesta fase do ciclo reprodutivo.

Entre a satisfação, o desejo e a satisfação de um desejo, no campo dos direitos reprodutivos, há sempre um longo caminho a percorrer no dia-a-dia da vida. A disponibilidade de recursos de saúde reprodutiva, livres de discriminação, permitirá que escolhas informadas proporcionem às mulheres – negras e brancas – a possibilidade de satisfação de seus desejos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar (anticoncepção e parto cirúrgicos) à espera de uma ação exemplar. *Revista Estudos Feministas*, 1(2), 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios*, 1986.

MORELL, M. G. G. Anticoncepção em São Paulo em 1986: prevalência e características. In: *A Fecundidade da Mulher Paulista*, n. 25. São Paulo: Fundação Seade, Informe Demográfico, 1994.

14

# SIGNIFICADO DE RAÇA EM PESQUISAS MÉDICAS E EPIDEMIOLÓGICAS

*Antonio Alberto Lopes*

Embora o termo 'raça' seja freqüentemente usado em pesquisas médicas e epidemiológicas, o seu significado não é muito claro (Cooper, 1984; Jones, 1991). Primeiro, porque não existem características que permitam definir, de forma inquestionável, a raça de uma pessoa. Além disso, diversos aspectos, incluindo políticos, étnicos e sociais, podem desempenhar papel crucial na definição de raça (Dressler, 1991). Várias publicações têm chamado a atenção para a falta de evidência científica de que as diferenças raciais observadas em diversas doenças são determinadas, primariamente, por fatores biológicos (Cooper, 1984; Osborne & Felt, 1992). Alguns pesquisadores defendem a idéia de que raça, da forma como é usada em pesquisa médica e epidemiológica, deve ser vista como variável social, portanto, mais relacionada com fatores ambientais do que genéticos (Cooper, 1984; Osborne & Feit, 1992; Williams, 1992).

Aqui serão abordados três pontos relevantes no que concerne à relação entre raça e doença: classificação racial, relações da raça com classe social e interações entre gene e ambiente. Os artigos revistos enfocam predominante comparações entre negros e brancos. A seleção de artigos foi feita através de: consultas ao MEDLINE, contatos com pesquisadores brasileiros e americanos que estudam

a relação entre raça e doença e artigos citados em publicações. A discussão será ilustrada, sempre que possível, com dados de publicações do autor sobre diferenças raciais – negros *versus* brancos americanos – em hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença renal terminal – ou seja, doença renal que necessite tratamento dialítico crônico ou transplante renal.

## Classificação Racial

É interessante observar que a classificação racial em pesquisas médicas e epidemiológicas pode sofrer influência marcante do local onde o trabalho é realizado. Nos Estados Unidos, por exemplo, é comum que o próprio indivíduo defina seu grupo racial. Dressler (1991) destaca a freqüência com que indivíduos "fenotipicamente" mais condizentes com uma raça identificam-se como pertencentes a outra. É interessante notar que, nos Estados Unidos, mesmo uma aparente pequena influência de ancestralidade africana pode ser suficiente para que alguém seja classificado como negro.

Por outro lado, aqui no Brasil, o próprio investigador costuma definir a raça do indivíduo baseando-se em características fenotípicas (Azevedo, 1980). Também em contraste com o que ocorre nos Estados Unidos, aqui no País reconhece-se o mulato como tipo racial distinto dos seus ancestrais europeus e africanos.

## Relações entre Raça, Classe Social e Doença

Os negros americanos, quando comparados com os brancos, apresentam maior risco para diversas doenças crônicas (Tabela 1), incluindo hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença renal terminal (Tabela 2), principalmente doença renal terminal causada por hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (Tabela 1).

**Tabela 1 – Estimativas da prevalência de hipertensão arterial e de diabetes *mellitus* por um milhão de habitantes, e da incidência de doença renal terminal por milhão de habitantes e por ano nos Estados Unidos**

| | Negros | Brancos | Razões (Negros/Brancos) |
|---|---|---|---|
| Prevalência de hipertensão arterial | 257.000 | 168.000 | 1,5 |
| Prevalência de diabetes *mellitus* (20 a 74 anos) | 96.000 | 62.000 | 1,5 |
| Incidência de doença renal terminal (20 a 74 anos) Todas as causas | 590 | 168 | 3,5 |
| Atribuída à hipertensão arterial | 215 | 35 | 6,1 |
| Atribuída a diabetes *mellitus* | 201 | 65 | 3,1 |

Fonte: Lopes & Port (1995).

**Tabela 2 – Incidência (por $10^6$ e por ano) de doença renal terminal de acordo com raça e idade. Estados Unidos – 1988**

| Idade | Incidência | | Razão B/N* |
|---|---|---|---|
| | Negros | Brancos | |
| 20-24 | 79.9 | 33.6 | 2.4 |
| 25-29 | 137.9 | 46.4 | 3.0 |
| 30-34 | 219.4 | 56.9 | 3.9 |
| 35-39 | 336.2 | 75.8 | 4.4 |
| 40-44 | 441.5 | 95.2 | 4.6 |
| 45-49 | 592.1 | 125.8 | 4.7 |
| 50-54 | 798.2 | 180.6 | 4.4 |
| 55-59 | 1015.2 | 233.4 | 4.3 |
| 60-64 | 1237.3 | 315.9 | 3.9 |
| 65-69 | 1343.4 | 381.0 | 3.5 |
| 70-74 | 1397.2 | 427.3 | 3.3 |
| 75-79 | 1220.6 | 442.6 | 2.8 |
| 80-84 | 1024.0 | 363.9 | 2.8 |

*Razão B/N = incidência nos negros incidência nos brancos.
Fonte: Lopes et al. (1993).

É importante observar que essas doenças crônicas (Tyroler, 1990; Cowie, 1993; Lipton, 1993; Young et al., 1994; Lopes, 1995b), que acometem os negros de forma predominante, são mais comuns entre indivíduos de nível sócio-econômico (NSE) mais baixo. Isto tem levado alguns investigadores a tratarem NSE como possível "variável de confusão" (*confounder*) da associação entre raça e doença (Cooper, 1984).

Quando as diferenças raciais para hipertensão arterial são controladas estatisticamente para o NSE, as discrepâncias entre negros e brancos nem sempre são eliminadas (Tyroler, 1990). Como Dressler (1991) ressalta, alguns investigadores interpretam esses achados como evidência de que fatores genéticos desempenham papel importante nas diferenças entre negros e brancos relativas à hipertensão arterial. No entanto, o controle da associação entre raça e doenças para o NSE através de modelos estatísticos convencionais tem sido questionado (Richard, 1984; Kumanyiaka & Golden, 1991). Segundo Cooper (1984), tratar NSE como "variável de confusão" da associação entre raça e doença não faz sentido, já que raça é um dos fatores que determinam o NSE.

Nos Estados Unidos (Williams et al., 1994), os clássicos indicadores de NSE – educação, salário e ocupação – não são equivalentes entre negros e brancos. Por exemplo, quando comparações são restritas a indivíduos com o mesmo nível educacional, a média de renda é maior entre os brancos. Os negros pagam preços mais altos para uma série de serviços, incluindo alimentação e moradia. Os índices de desemprego são maiores entre os negros; e, dentre aqueles que estão empregados, os negros são mais expostos, no ambiente de trabalho, a substâncias tóxicas, incluindo agentes carcinógenos. Além do mais, os negros têm maiores dificuldades para receber cuidados médicos e, quando conseguem, são de pior qualidade do que os recebidos pelos brancos (Blendon et al., 1989; Williams et al., 1994).

Os dados apresentados estimulam uma reflexão sobre a natureza da relação entre NSE e raça. Um melhor entendimento dessa relação poderá ajudar a compreender as razões para o maior risco de certas doenças entre os negros.

## RAÇA, LUTA POR ASCENSÃO SOCIAL E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Dressler (1991) estudou, em amostras de negros e brancos do Brasil e dos Estados Unidos, a relação entre adoção de estilo de vida mais sofisticado e pressão sangüínea. É interessante observar que, tanto na amostra brasileira quanto na

americana, negros com estilo de vida mais sofisticado foram os que apresentaram níveis expressivamente ($p<0,05$) mais elevados de pressões sistólica e diastólica e maior prevalência de hipertensão arterial – definida como pressão sistólica maior do que 140 mm Hg ou pressão diastólica maior do que 90 mm Hg. A conclusão de Dressler é de que o maior risco para hipertensão arterial, observado entre os negros com estilo de vida mais sofisticado, poderia ser causado pelo estresse psicológico resultante da luta para alcançar reconhecimento na sociedade, ou mais especificamente, para desfrutar os privilégios da classe média.

James et al. (1987) criaram uma variável denominada *John Henryism*, com o objetivo de avaliar: comprometimento do indivíduo com o trabalho, determinação na busca dos objetivos e crença de que é capaz de controlar o estresse psicológico através do trabalho contínuo. É interessante observar que, em uma amostra de residentes da Carolina do Norte, James et al. não encontraram associação entre essa variável (*John Henryism*) e hipertensão arterial entre os brancos. No entanto, entre os negros, um alto nível de *John Henryism*, quando combinado com NSE baixo, foi significativamente (p,0,05) associado com pressão sistólica elevada. Estes achados de James et al. (1987), conjuntamente com os de Dressler (1991), são consistentes com a idéia de que a luta intensa e contínua para alcançar e/ou manter estilo de vida mais sofisticado pode contribuir para risco maior de hipertensão arterial entre os negros, quando comparado com os brancos.

## Seriam as Diferenças Raciais, Observadas Hoje em Relação a Certas Doenças, o Resultado de um Processo Histórico de Interação Gene *versus* Ambiente?

A anemia falciforme é o exemplo mais marcante de doença genética que ocorre quase que exclusivamente entre indivíduos da raça negra – a doença existe, porém é muito mais rara entre os brancos (Richie & Kerr, 1979). Até o momento, no entanto, não há nenhuma evidência científica convincente de que possa ser plenamente justificado por fatores genéticos o maior risco entre os negros para diversas outras doenças como: hipertensão arterial (Rostand, 1992; Cooper & Rotimi, 1994), diabetes *mellitus* tipo II (Cowie, 1993; Lipton, 1993) e doença renal terminal (Rostand, 1992; Lopes, 1993, 1995). Essa idéia do determinismo genético como explicação para as diferenças raciais no que diz respeito à hiper-

tensão arterial, diabetes *mellitus* e doença renal terminal não é facilmente sustentável; visto que essas são doenças multifatoriais.

Em verdade, no que diz respeito à discussão sobre determinismo genético, a anemia falciforme deve ser vista como situação especial; desde que, diferentemente do que ocorre na hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença renal terminal, uma alteração específica na cadeia do DNA é suficiente para que uma pessoa expresse manifestações clínicas da anemia falciforme. Mesmo assim, não se pode afastar totalmente a possibilidade de que fatores ambientais que vêm operando durante séculos possam ter desempenhado um papel na distribuição geográfica do gene da anemia falciforme (Williams et al., 1994). Tem sido sugerido que a maior prevalência do gene da anemia falciforme entre os negros possa ser resultado da maior resistência dos indivíduos portadores desse gene à malária grave causada pelo *Plasmodium falciparum* – doença de alta letalidade e hiperendêmica no continente africano por vários milênios (Krogstad, 1995).

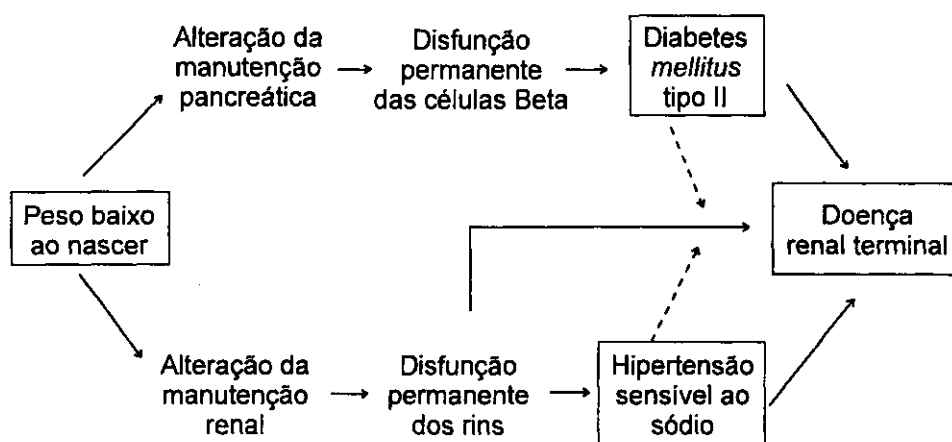
Como a malária, a esquistossomose é doença endêmica na África há vários séculos (Freitas, 1935). A sua entrada no solo brasileiro provavelmente ocorreu quando do tráfico de escravos (Freitas, 1935). É interessante observar que, aqui no Brasil, o risco de formas mais graves de esquistossomose – ou seja, a hipertensão portal e hipertensão pulmonar – é menor entre negros, quando comparado com brancos (Prata & Schroeder, 1964; Bina et al., 1978; Tavares-Neto, 1987a, 1987b). Uma possível explicação para esse fenômeno é que a exposição secular à esquistossomose na África tenha contribuído para selecionar negros geneticamente mais resistentes às formas graves da doença.

As comparações de prevalências de hipertensão em populações da África e dos Estados Unidos trazem pontos também interessantes para discussão (Cooper et al., 1994, 1995; Kaufman et al., 1995). Por exemplo, a prevalência de hipertensão arterial em negros habitantes da parte oeste da África é menor do que a de negros que vivem nos Estados Unidos. Em diversos grupos africanos, a prevalência de hipertensão arterial é menor do que a observada em brancos americanos (Akinkugbe, 1985). A menor prevalência de hipertensão arterial nos negros africanos, quando comparado aos negros americanos, pode ser causada por fatores ambientais, em especial por diferenças quanto à ingestão de sódio e potássio (Cooper et al., 1995). Existem evidências de que a ingestão relativamente baixa de potássio entre os negros americanos é um dos fatores que contribuem para o maior risco de hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e doença renal terminal (Grim et al., 1980; Langford, 1987; Tobian, 1988; Linas, 1991).

Wilson & Grim (1991) levantaram a possibilidade de que o risco aumentado de hipertensão arterial nos negros atualmente vivendo em terras americanas seja o resultado de um processo de seleção genética, que teria ocorrido quando do tráfico de escravos da África para o Novo Mundo. Segundo eles, durante a viagem da África para as Américas, os negros poderiam ter sido vítimas de doenças causadoras de desidratação. Em situações dessa natureza, os indivíduos com maior capacidade de conservação de sódio seriam os menos propensos a falecer. Em contrapartida, estariam entre os sobreviventes os indivíduos com risco maior de hipertensão arterial do tipo sensível ao sódio. Jackson (1991) considera improvável que um único evento possa explicar totalmente a maior susceptibilidade do negro americano para hipertensão arterial. Curtin (1992) também criticou a hipótese de Wilson & Grim pela falta de evidência histórica.

Outras hipóteses têm sido apresentadas para explicar o maior risco do negro de hipertensão arterial sensível ao sódio. Uma delas refere-se à possibilidade de que a exposição crônica ao estresse psicológico possa contribuir para elevação dos níveis pressóricos através de aumento da reabsorção renal de sódio (Light et al., 1983; Dibona, 1991; Henry et al., 1993; Fauvel et al., 1991; Lopes, 1994).

Estudos epidemiológicos mostram que adultos, com história de peso baixo ao nascer, apresentam risco maior de hipertensão arterial (Barker, 1992; Law et al., 1993). Tem sido proposto que a susceptibilidade para hipertensão arterial nesses indivíduos pode estar relacionada com transtornos da hemodinâmica intra-renal (Lopes & Port, 1995b; Brenner & Chertow, 1994, Mackenzie, 1995) causados por alterações do desenvolvimento durante a vida intra-uterina (Hinchliffe et al., 1992; Merlet-Benichou, 1994). Lopes & Port (1995b) propuseram que o peso baixo ao nascer, o qual é muito mais freqüente entre os negros do que entre os brancos americanos (Kleinman & Kessel, 1987), possa contribuir para o risco maior de hipertensão arterial no negro. Evidências científicas (Van Assche et al., 1977; De Prins & Van Assche, 1982; Hales et al., 1991; Barker et al., 1993) também dão suporte à hipótese (Lopes & Port, 1995b) de que o peso baixo ao nascer possa contribuir para diferenças raciais (Figura 1) em diabetes *mellitus* tipo II e doença renal terminal.

**Figura 1 – Uma hipótese sobre a influência do peso baixo ao nascer no desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo II e doença renal terminal.**

Não existem dúvidas de que os itens delimitados por molduras (peso baixo ao nascer, diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial sensível ao sódio e doença renal terminal) são muito mais freqüentes entre negros em relação a brancos.

Fonte: Lopes & Port (1995).

É importante observar que diversos fatores que contribuem para o estresse psicológico (ex.: falta de suporte social), a baixa ingestão de potássio (ex.: NSE baixo), e o peso baixo ao nascer (ex.: NSE baixo, falta de cuidados pré-natais) são de natureza psicossocial, sendo portanto passíveis de modificação (Strogatz & James, 1986; Carr-Hill, 1987; Murray & Bernfield, 1988; Geber, 1991; Starfield et al., 1991). Isto abre a perspectiva de que as diferenças entre os negros e brancos em diversas doenças podem ser reduzidas através de medidas preventivas.

## CONCLUSÕES

O significado de raça, quando o termo é usado em pesquisas médicas e epidemiológicas, ainda não é claro. A interpretação de que o risco maior dos negros, quando comparados ao brancos, para diversas doenças – como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo II e doença renal terminal – deve-se predominantemente a fatores biológicos, carece de suporte científico. Resultados de pesquisas no campo da hipertensão arterial são compatíveis com a idéia de que fatores psicossociais desempenham papel importante na maior susceptibilidade dos negros, comparado com os brancos, para diversas doenças. Embora interações entre fatores genéticos e ambientais possam exercer algum papel nas diferenças raciais relativas a doenças, parece claro que mais atenção deva ser dirigida à identificação e modificação de fatores ambientais, se o objetivo é a prevenção de doenças e a busca da eqüidade em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKINKUGBE, O. O. World epidemiology of hypertension in blacks. In: HALL, W. D.; SAUNDERS, E.; SHULMAN, N. (Ed.) *Hypertension In Blacks: Epidemiology, Pathophysiology and Treatment.* Chicago, IL: Yearbook Medical Publishers, 1985.

AZEVEDO, E. S. Subgroup studies of black admixture within a mixed population of Bahia, Brazil. *Ann Human Genet*, 44:55-60, 1980.

BARKER, D. J. P. Fetal growth and adult disease. *Br J Obstet Gynaecol*, 99:275-276, 1992.

BARKER, D. J.; P. et al. Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes *mellitus*, hypertension and hyperlipidaemia (syndrome X): relation to reduced fetal growth. *Diabetologia*, 36:62-67, 1993.

BINA, J. C. et al. Greater resistance to development of severe schistosomiasis in Brazilian Negroes. *Hum Biol*, 50:41-49, 1978.

BLENDON, R. J. et al. Access to medical care for black and white Americans: a matter of continuing concern. *Jama*, 261:278-281, 1989.

BRENNER, B. M. & CHERTOW, G. M. Congenital oligonephropathy and the etiology of adult hypertension and progressive renal injury. *American Journal Kidney Diseasy*, 23:171-175, 1994.

CARR-HILL, R. et al. Is birth weight determined genetically? *British Medical Journal*, 295:687-689, 1987.

COOPER, R. A note on the biologic concept of race and its application in epidemiologic research. *American Hearth Journal*, 108: 715-723, 1984.

COOPER, R & ROTIMI C. Hypertension in populations of West African origin: is there a genetic predisposition? *Journal Hypertens*, 12:215-227, 1994.

COOPER, R. et al. Hypertension prevalence rates in seven populations of African origin. *American Journal Public Health*, 1995. (Submitted).

COWIE, C. C. et al. Effect of multiple risk factors on differences between blacks and whites in the prevalence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in the United States. *American Journal Epidemiology*, 137:719-732, 1993.

CURTIN, P. D. The slavery hypothesis for hypertension among African Americans: The historical evidence. *American Journal Public Health*, 82:1681-1699, 1992.

DE PRINS, F. A. & VAN ASSCHE, F. A. Intrauterine growth retardation and development of endocrine pancreas in the experimental rat. *Biol Neonate*, 41:16-21, 1982.

DIBONA, G. F. Stress and sodium intake in neural control of renal function in hypertension. *Hypertension*, 17(suppl. 3): III-2 – III-6, 1991.

DRESSLER, W. W. Social class, skin color, and arterial blood pressure in two societies. *Ethnicity Disease*, 1:60-77, 1991.

FAUVEL, J. P. et al. Stress-induced renal functional alterations in normotensives. In: *American Journal Hypertens*, 4:955-958, 1991.

FREITAS, O. *Doenças Africanas no Brasil*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1935.

GEBER, A.M. et al. Socioeconomic status and electrolite intake in black adults: The Pitt County Study. *American Journal Public Health*, 81:1608-1612, 1991.

GRIM, C. E. et al. Racial differences in blood pressure in Evans County, Georgia: relationship to sodium and potassium intake and plasma renin activity. *Journal Chronic Disease*, 33:87-94, 1980.

HALES, C. N et al. Fetal and infant growth and impaired glucose tolerance at age 64. *British Medical Journal*, 303:1019-1022, 1991.

HENRY, J. P. et al. Psychosocial stress can induce chronic hypertension in normotensive strains of rats. *Hypertension*, 21:714-723, 1993.

HINCHLIFFE, S. A. et al. The effect of intrauterine growth retardation on the development of renal nephrons. *British Journal Obstet Gynaecol*, 99:296-301, 1992.

JACKSON, F. L. C. An evolutionary perspective on salt, hypertension, and human genetic variability. *Hypertension*, 17(suppl I):I-129-I-132, 1991.

JAMES, S. A. et al. Socioeconomic status, John Henryism, and hypertension in blacks and whites. *American Journal Epidemiology*, 126:664-673, 1987.

JONES, C. P.; LAVEIST, T. A. & LILLIE-BLANTON, M. Race in the epidemiologic literature: an examination of the American Journal of Epidemiology, 1921-1990. *American Journal Epidemiology*, 134:1079-1084, 1991.

KAUFMAN, J. S. et al. The determinants of hypertension in West Africa: contribution of anthropometric and dietary factors to urban-rural and socio-economic gradients. *American Journal Epidemiology*, 1995. (Submitted).

KLEINMAN, J. C. & KESSEL, S. S. Racial differences in low birth weight: trends and risk factors. *New England Journal Med*, 317:749-753, 1987.

KROGSTAD, D. J. Plasmodium species (malaria). In: MANDEL, G. L.; BENNETT, J. E. & RAPHAEL DOLIN (Ed.) *Principles and Practices of Infectious Diseases*. New York: Churchill Lwingstone, 1995.

KUMANYIAKA, S. K. & GOLDEN, P. M. Cross-sectional differences in health status in US racial/ethinic minority groups: potential influence of temporal changes, disease, and life-style transitions. *Ethnicity Disease*, 1:50-59, 1991.

LANGFORD, H. C. Dietary sodium, potassium, and calcium in black hypertensive subjects. *Journal Clin Hypertens*, 3:36S-42S, 1987.

LAW, C .M. et al. Initiation of hypertension in utero and its amplification throughout life. *British Medical Journal*, 306:24-27, 1993.

LIGHT, K. C.et al. Psychological stress induces sodium and fluid retention in men at high risk for hypertension. *Science*, 220:429-431, 1983.

LINAS. S. L. The role of potassium in the pathogenesis and treatment of hypertension: Nephrology Forum. *Kidney Int*, 39:771-786, 1991.

LIPTON, R. B. et al. Determinants of incident non-insulin-dependent diabetes mellitus among blacks and whites in a national sample. The Nhanes I Epidemiologic Follow-up Study. *American Journal Epidemiology*, 138:826-839, 1993.

LOPES, A. A. et al. The excess risk of treated end-stage renal disease in blacks in the United States. *J Am Soc Nephrol*, 3:1961-1971, 1993.

LOPES, A. A. et al. The joint effects of race and age on the risk of hypertensive end-stage renal disease. *American Journal Kidney Disease*, 4:554-560, 1994.

LOPES, A. A. & PORT, F. K. Differences in the patterns of black/white comparisons between end-stage renal disease attributed and not attributed to diabetes. *American Journal Kidney Disease*, 25:714-721, 1995a.

LOPES, A. A. & PORT, F. K. The low birth hypothesis as a plausible explanation for the black/white differences in hypertension, non-insulin dependent diabetes and end-stage renal disease. *American Journal Kidney Disease*, 25:350-356, 1995b.

MACKENZIE, H. S. & BRENNER, B. M. Fewer nephrons at birth: a missing link in the etiology of essential hypertension? *American Journal Kidney Disease*, 26:91-98, 1995.

MERLET-BENICHOU, C. et al. Intrauterine growth retardation leads to a permanent nephron deficit in the rat. *Pediatr Nephrol*, 8:175-180, 1994.

MURRAY, J. L. & BERNFIELD, M. The differential effect of prenatal care on the incidence of low birth weight among blacks and whites in a prepaid health care plan. *New England Journal Medical*, 319:1385-1391, 1988.

OSBORNE, N. G. & FEIT, M. D. The use of race in medical research. *Jama*, 267:275-279, 1992.

PRATA, A. & SCHROEDER, S. A comparison of whites and negroes infected with Schistosoma mansoni in a hyperendemic area. *Gazeta Médica da Bahia*, 67:93-98, 1967.

RICHIE, J. P. & KERR Jr., W. S. Sickle cell trait: forgotten cause of hematuria in white patients. *Journal of Urology*, 122:134-135, 1979.

ROSTAND, S. G. Hypertension and renal disease in blacks: Role of genetic and/or environmental factors? *Advances in Nephrology*, 21:99-116, 1992.

STARFIELD, B. et al. Race, family income, and low birth weight. *American Journal Epidemiology*, 134:1167-1174, 1991.

STROGATZ, D. S. & JAMES, S.A. Social support and hypertension among blacks and whites in a rural, southern community. *American Journal Epidemiology*, 124:949-956, 1986.

TAVARES-NETO, J. *Recorrência familial e composição racial na esquistossomose mansônica*. Brasília, 1987a. Tese de Mestrado, Universidade de Brasília.

TAVARES-NETO, J. A raça branca e a forma hepatosplênica da esquistossomose. *Revista de Saúde Pública*, 21:342-347, 1987b.

TOBIAN, L. Hypothesis: Low dietary K may lead to renal failure in blacks with hypertension and severe intimal thickening. *American Journal Med Sci*, 295:384-388, 1988.

TYROLER, H. A. Socioeconomic status, age, and sex in the prevalence and prognosis of hypertension in blacks and whites. In: LARAGH, J. H. & BRENNER, B. M. (Ed.) *Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis, and Management*, chapter 12. New York: Raven Press, 1990. p. 159-202.

VAN ASSCHE, F. A. et al. The endocrine pancreas in small-for-dates infants. *Br. J. Obstet. Gynaecol*, 84:751-753, 1977.

WILLIAMS, D. R. Black-white differences in blood pressure: the role of social factors. *Ethnicity Disease*, 2:126-141, 1992.

WILLIAMS, D. R.; LAVIZZO-MOUREY, R. & WARREN, R. C. The concept of race and health status in America. *Public Health Reports*, 109:26-41, 1994.

WILSON, T. W. & GRIM, C. E. Biohistory and blood pressure differences in blacks today: A hypothesis. *Hypertension*, 17(suppl. I):I-122-I-128, 1991.

YOUNG, E. W.; et al. Socioeconomic status and end-stage renal disease in the United States. *Kidney Int.*, 45:907-911, 1994.